小野薬品健康保険組合理事長　殿

提出先 ①ファイルリクエスト（推奨）　： https://ono-pharma.app.box.com/f/4d9b5c1556d149a5800ad74839a37ea4

②社内便の場合　：社員　⇒　（人事労政部）　⇒　小野薬品健康保険組合

※証明書類を添付 上記①の場合はスキャナーやスマホ撮影の画像データ可

健 康 保 険 氏 名 変 更（訂 正）届

被保険者証記号	被保険者証番号	フリガナ		社員番号	性別	生　年　月　日
		氏名（変更前）				年　　月　　日

変更後の氏名	（氏）（ﾌﾘｶﾞﾅ）	（名）（ﾌﾘｶﾞﾅ）	住　　所
□ 被保険者 □ 被扶養者			〒

事業所欄	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 所　　在　　地 事　業　所　名 事業主代理人氏名
	□ この届出については被保険者が作成したものである。

受付日付印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者