

【提出先】 ① ファイルリクエスト（推奨）：<https://ono-pharma.app.box.com/f/6eb66c30c702417fa471178e488cfa5b>

② 郵 送 の 場 合：〒541-0045 大阪府大阪市中央区道修町2丁目1番5号 小野薬品健康保険組合 宛

健康保険届出事項変更（訂正）届

令和 年 月 日

小野薬品健康保険組合理事長 殿

下記のとおり届出します。

【届出人】 ※ 必須

被保険者等の 記号	100	被保険者等の 番号		(ふりがな)			
				氏 名			
生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成		年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女

※ 該当する届出事項にチェックをつけ、変更内容をご記入ください。

☐ 氏名変更

(ふりがな)	
氏 名	

☐ 住所変更

住所	〒	一				
	(自宅電話番号)		一	一		
	(携 帯 番 号)		一	一		

☐ 保険料の納付方法

☐ 一括払い（割引あり）	☐ 半年払い（割引あり）	☐ 毎月払い
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

（納付書の種類）

☐ 銀行専用の納付書	☐ ゆうちょ銀行専用の納付書
-----------------------------------	---------------------------------------

☐ 給付金等受取口座

	☐ 銀行 ☐ 労金		☐ 本 店	口座番号（数字7桁）
	☐ 農協 ☐ 信金		☐ 支 店	
	☐ 信用金庫		☐ 出張所	
(ふりがな)				
口座名義人 ※本人名義				

受 付 印

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

小野薬品健康保険組合（担当：川邊）
TEL:06-6222-5665 FAX:06-6222-5650
MAIL:kawabe@ono-pharma.com