



氏名 住所 性別
船員保険 疾病任意継続被保険者 生年月日 電話番号 変更(訂正)届 被保訂

転居や結婚等により被保険者の住所・氏名等が変わった場合にご使用ください。

被保険者(申請者)欄	① 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>											
	② 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) <input type="text"/>											
	③ 生年月日	<input type="text"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日										
	④ 住所	郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話番号 (日中の連絡先) <input type="text"/> (<input type="text"/>)	都 道 府 県									

変更になった項目のみ、変更前・変更後の両方をご記入ください。

変更(訂正)内容	変更前		変更後	
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
生年月日	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 2.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 2.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女		<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	
住所	〒 <input type="text"/> 都 道 府 県		〒 <input type="text"/> 都 道 府 県	
住所変更日			令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
電話番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

記号番号を記入した場合は
記入不要です。記入した場合は必ず
本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部