

# 船員保険 疾病任意継続被扶養者 変更(訂正)届

被扶訂

|  |                    |  |   |   |   |                  |     |     |  |  |  |
|--|--------------------|--|---|---|---|------------------|-----|-----|--|--|--|
| 被<br>保<br>險<br>者<br>（<br>申<br>請<br>者<br>）<br>欄 | ① 記号・番号<br>(左づめ)   | 8 8 0 0 0 0 0 0 0 0  |   |   |   |                  |     |     |  |  |  |
|  | ② 被保険者の氏名<br>(申請者) | (フリガナ)   |   |   |   |                  |     |     |  |  |  |
|  | ③ 生年月日             | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 | 年 | 月 | 日 |                  |     |     |  |  |  |
|  | ④ 住 所              | 郵便番号   |   | - |   | 電話番号<br>(日中の連絡先) | ( ) | ( ) |  |  |  |

変更となる項目のみ変更前・変更後をご記入ください。

| 変更する被扶養者の    | 氏名  | 生年月日   | 1.昭和<br>2.平成<br>3.令和 | 年 | 月   | 日 |   |   |
|--------------|---|--|----------------------|---|---|---|---|---|
| 変更前          |   |  | 変更後                  |   |   |   |   |   |
| 氏名<br>(カタカナ) | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |                      |   |   |   |   |   |
| 氏名           | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |                      |   |   |   |   |   |
| 生年月日         | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年  | 月                    | 日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 性別           | <input type="checkbox"/> 1.男<br><input type="checkbox"/> 2.女                              | <input type="checkbox"/> 1.男<br><input type="checkbox"/> 2.女 |                      |   |   |   |   |   |
| 続柄           |   |  |                      |   |   |   |   |   |
| 被扶養者になった日    | 令和  | 年  | 月                    | 日 | 令和  | 年 | 月 | 日 |
| 被扶養者でなくなった日  | 令和  | 年  | 月                    | 日 | 令和  | 年 | 月 | 日 |
| 変更(訂正)理由     |   |  |                      |   |   |   |   |   |

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