

# 氏名等訂正申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

事業所名	ブリヂストン〇〇〇			所属部署	〇〇部〇〇課
記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 花子 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span>

訂正事項	申請上の注意
フリガナ 氏名 生年月日 性別	保険証の再交付が必要になります。事前に再発行手数料を振り込み、控えを下部に貼り付けてください。 [再交付手数料] <訂正前の保険証の”交付日”をご確認ください> ●平成25年3月31日以前・・・無料 ●平成25年4月1日以降・・・1,000円(消費税はかかりません) [注] 振込依頼人名には被保険者(従業員)名を記載、振込手数料は差し引かず振り込みください。 [添付] 訂正前の保険証
続柄	保険証の再交付は不要です。 [添付] 続柄が確認できる住民票や戸籍謄本の写し

※任意継続被保険者の場合は、全てにおいて訂正後の氏名等であることが確認できる住民票(原紙)を添付いただく必要があります。

訂正事項にチェックを入れ訂正内容をご記入ください。

生年月日は和暦(昭和・平成)で記入ください。

1	訂正事項	チェック	訂正前		訂正後	
	フリガナ					
氏名	✓	健保	太郎	健保	太朗	
生年月日/性別/続柄	✓	昭和60年4月1日		昭和60年4月2日		

  

2	訂正事項	チェック	訂正前		訂正後	
	フリガナ					
氏名						
生年月日/性別/続柄						

  

3	訂正事項	チェック	訂正前		訂正後	
	フリガナ					
氏名						
生年月日/性別/続柄						

再交付手数料 振込控貼付欄(「振込依頼書」の控えや「ご利用明細票」など)

再交付手数料 1枚につき1,000円(平成25年4月1日以降交付の保険証を訂正する場合のみ)

振込手数料は差し引かず、各自でご負担ください。なお、いったん入金されたものはお返しいたしませんのでご注意ください。

【インターネットを利用した振込(振替)の場合のみ記入】⇒ 振込日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(振込控の貼付は不要です)

<b>ゆうちょ銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合</b> 現金で振込: 店頭やATM脇にある「払込取扱票」を記入し振込 ゆうちょ口座から振込: 下記口座を振込先に指定し振込(振替)	<b>他の銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合</b> 下記口座に振込(または振替)ください。その際、依頼人名は必ず被保険者名にしてください。 銀行・支店名: ゆうちょ銀行 〇一九(ゼロイチキョウ)店 預金種目: 当座 口座番号: 0358192
口座記号・口座番号: 00140-0-0358192 加入者名: ブリヂストン健康保険組合	

事業所確認(社会保険担当部署)		健康保険組合処理					
係	長	I/P	保険証	適用	事務長	常務理事	着金日
			/				/

H30.4 ブリヂストン健康保険組合