

【申請ルート】

被保険者(本人)→お勤め先の会社・事業所の社会保険担当部署→健康保険組合
(任意継続加入者のみ、事業所ではなく直接健康保険組合宛へ送付ください。)

ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿

氏名等【訂正】申請書

提出日: 2024年 12月 11日

事業所名	ブリヂストン〇〇						所属部署	〇〇部〇〇課							
記号				番号 ※枝番は不要								被保険者氏名			
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	保険 良子			

以下該当するものすべてにチェックいただき、正しい内容が確認できる住民票や戸籍謄本などの写しと返却物、
また、再交付手数料が必要となっている方は、事前に再発行者手数料(1,000円)を振込み、控えを下部に貼り付けご提出ください。

対象者区分	訂正事項	再交付手数料	再交付有無	返却物	
<input type="checkbox"/>	有効期限内の資格確認書カード 型を保有している	フリガナ/氏名 生年月日/性別	必要	あり	資格確認書 カード型
保健良子さんは、マイナ保険証で受診していますが、保険証も保有しているため、保険証の返却も必要となります					
<input checked="" type="checkbox"/>	マイナ保険証・資格確認書紙型 を保有している	フリガナ/氏名 生年月日/性別 続柄	不要	原則なし ※資格確認書紙型は、 有効期限までそのままご使用ください。	なし
<input checked="" type="checkbox"/>	健康保険証を保有している	フリガナ/氏名 生年月日/性別 続柄		なし ※マイナ保険証が利用できない方は、 別途資格確認書交付申請書をご提出ください	保険証

申請上の注意: JIS2004規格以外登録不可

再交付はありませんので、振込は不要です

※任意継続被保険者の場合は、訂正後でも

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・令和)でご記入ください。

1	訂正事項	チェック	訂正前				訂正後			
	フリガナ		姓	ホケン	名	ヨシコ	姓	ホケン	名	ヨシコ
氏名	✓	姓	保険	名	良子	姓	保健	名	良子	
生年月日/性別/続柄										
2	訂正事項	チェック	訂正前				訂正後			
	フリガナ		姓		名		姓		名	
	氏名		姓		名		姓		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		姓		名		姓		名	
	氏名		姓		名		姓		名	
生年月日/性別/続柄										

再交付手数料振込の控え 貼付欄 ※再交付手数料不要の方は絶対に振り込まないでください!

再交付手数料 1枚につき1,000円

【注意事項】・振込手数料は差し引かず、各自でご負担ください。
・ネット銀行の場合も振込完了の分かるもの(当健保宛・金額・日付・依頼主の被保険者氏名の振込事実が記載されたもの)の添付が必要です。
・「振込依頼書」の控えや「ご利用明細票」の場合は、記入見本を参考に貼り付けてください。
・振込控がない場合は、受理できませんので戻しすることになります。
・用紙が大きい場合はホチキス留で添付ください。

ゆうちょ銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合	他の銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合
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)	下記口座に振込(または振替)ください。 依頼人名は必ず被保険者氏名(フルネーム)にしてください。
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	銀行: ゆうちょ銀行 支店: 〇ー九(ゼロイチキユウ) 預金種目: 当座 口座番号: 0358192

事業所 確認欄	係	長	健保 使用欄	I/P	着金日	再交付有無		係	事務長	常務理事
					/	/	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		