

【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: 年 月 日

|      |  |  |           |  |  |  |      |  |        |  |  |  |  |  |
|------|--|--|-----------|--|--|--|------|--|--------|--|--|--|--|--|
| 事業所名 |  |  |           |  |  |  | 所属部署 |  |        |  |  |  |  |  |
| 記号   |  |  | 番号 ※枝番は不要 |  |  |  |      |  | 被保険者氏名 |  |  |  |  |  |
|      |  |  |           |  |  |  |      |  |        |  |  |  |  |  |

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(A4型以外のもの)を保有している | フリガナ/氏名<br>生年月日/性別 | 必要     | あり  | 資格確認書 |
|   | 続柄                 |        | なし  | なし    |
| <input type="checkbox"/> マイナ保険証・資格確認書A4型を保有している       | フリガナ/氏名<br>生年月日/性別 | 不要     | 原則なし<br>※資格確認書A4型は、有効期限までそのままご使用ください。       | なし    |
|   | 続柄                 |        |   |       |
| <input type="checkbox"/> 健康保険証を保有している                 | フリガナ/氏名<br>生年月日/性別 |        | なし<br>※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   |
|   | 続柄                 |        | なし  |       |

申請上の注意: JIS2004規格以外登録不可(環境依存文字と出るものは登録できません)

※任意継続被保険者の場合は、訂正後であることが確認できる住民票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・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   | 名 | 姓   | 名 |
| 氏名         |      | 姓    | 名   | 姓 | 名   |   |
| 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お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

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)

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

他の銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合

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。

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<br>確認欄 | 係 | 長 | 健保<br>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 |   |     |      |