

【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	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
☐	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 生年月日/性別	必要	あり	資格確認書
		続柄	不要	なし	なし
☒	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 生年月日/性別 続柄	不要	原則なし ※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

申請上の注意：JIS2004規格以外登録不可
※任意継続被保険者の場合は、訂正後でも再交付はありませんので、振込は不要です。
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 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	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) 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	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 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
				/	/	☐ あり ☐ なし				