

【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、事前に再発行人手数料(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 生年月日/性別	必要	あり	資格確認書
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、有効期限内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	なし	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	名	姓	名
1	氏名	✓	ホケン	ヨシコ	ホケン	ヨシコ
			姓	名	姓	名
	保険		良子	保健	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
2	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
3	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

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(ゼロイチキョウ)

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			