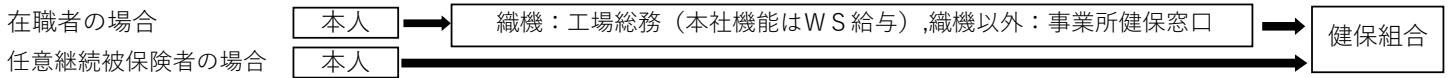


健康保険 登録情報 訂正届

提出ルート



豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

| | | | | | |
|--|---|-------|---|--------|---|
| 被保険者記入欄 | 記号・番号 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | |
| | | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| | 電話番号 | () - | | | 内線番号 - |
| | 会社名 | | | | 所属 |
| 訂正内容 ※該当欄に チェック | 訂正対象者氏名 | | ◆姓名（漢字誤り）訂正の場合は、「氏名変更届」にて申請 | | |
| | 訂正項目 | | 訂正後 | | 訂正前 |
| | 生年月日 <input type="checkbox"/> (資格確認書をお持ちの方は添付して提出) | | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
| | 続柄 <input type="checkbox"/> (妻・長男・長女等) (資格確認書をお持ちの方は添付して提出) | | | | |
| その他 <input type="checkbox"/> (具体的に記入↓) () | | | | | |

| | | | |
|--------|---------------------------|-------|--|
| 事業主証明欄 | 上記申請内容について証明致します。 | | |
| | 所在地 | 年 月 日 | |
| | 事業所名称 | | |
| | 代表者氏名 (織機の各工場は総務部（室）長) | | |

1.注意事項

記入はデータ入力またはボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

2.個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。

詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/> をご覧ください。

お問い合わせ先：〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ Tel0566-21-7784 (内線70-4611)

| | | | | | | | |
|-------|----|-----|----|----|--|-------|-------|
| 健保記入欄 | 決裁 | 事務長 | GM | 担当 | マイナ保険証 登録 あり・なし 発行 お知らせ 資格確認書 | 健保受付印 | 総務受付印 |
| | | | | | | | |