

スズキ健康保険組合理事長 殿

担 当	課 長	事務長	常務理事

被保険者資格取得・喪失届の訂正届

保険証記号	番 号	氏 名	取 得 日	喪 失 日	月 額 (千円)	訂正内容
						氏名訂正 生年月日 月 額 そ の 他 →
						氏名訂正 生年月日 月 額 そ の 他 →
						氏名訂正 生年月日 月 額 そ の 他 →
						氏名訂正 生年月日 月 額 そ の 他 →
						氏名訂正 生年月日 月 額 そ の 他 →

平成 年 月 日

*氏名や生年月日等、保険証の記載内容に訂正がある場合、必ず保険証を添付してください。

*月額が変更になる場合、月額の基となる1円単位の金額を記載してください。

事業主

印