

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険 被保険者区分変更届

受付印

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

社会保険労務士記載欄

被保険者 1	番号		氏名	(氏) (名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	変更後区分	1. 一般 2. 短時間労働者(3/4未満)	変更年月日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	備考	
	住所	〒					

被保険者 2	番号		氏名	(氏) (名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	変更後区分	1. 一般 2. 短時間労働者(3/4未満)	変更年月日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	備考	
	住所	〒					

被保険者 3	番号		氏名	(氏) (名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	変更後区分	1. 一般 2. 短時間労働者(3/4未満)	変更年月日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	備考	
	住所	〒					

被保険者 4	番号		氏名	(氏) (名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	変更後区分	1. 一般 2. 短時間労働者(3/4未満)	変更年月日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	備考	
	住所	〒					

被保険者 5	番号		氏名	(氏) (名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	変更後区分	1. 一般 2. 短時間労働者(3/4未満)	変更年月日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	備考	
	住所	〒					