

健 保 決 済 欄	業務部長	適用課長	審査(係)	支所長	係

## 特退被保険者氏名等変更(訂正)届

被保険者 保 険 証	記 号 番 号		被保険者 氏 名		性 別 男 ・ 女
変更事項	変 更 ( 訂 正 ) 後			変 更 ( 訂 正 ) 前	
(フリガナ)					
氏 名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	明・大・昭・平
続 柄					
住所・電話	変 更 ( 訂 正 ) 後 の 住 所 ・ 電 話 番 号				
	〒 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				
	TEL (                    )                    -				
口座振替・ 給付振込等	取 扱 金 融 機 関			金 融 機 関 コー ド	
金融機関及 口座変更	JA	支 所		-	
	貯金種別	口 座 番 号		(フリガナ)	
	1・普通 2・当座	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		口座名義	
変更年月日	平成	年	月	日	変更事由
* 変更箇所をご記入の上JA長野健保宛まで送付して下さい。 [送付場所→長野市大字南長野北石堂町1177-3                    JA長野県健康保険組合]					

上記の通り変更(訂正)したのでお届け致します。

平成    年    月    日

長野県農業協同組合健康保険組合理事長    殿  
特例退職被保険者

1受付

2受付

住 所    〒

氏 名

Ⓜ