

健康保険組合		
長	長	担当者

受付年月日

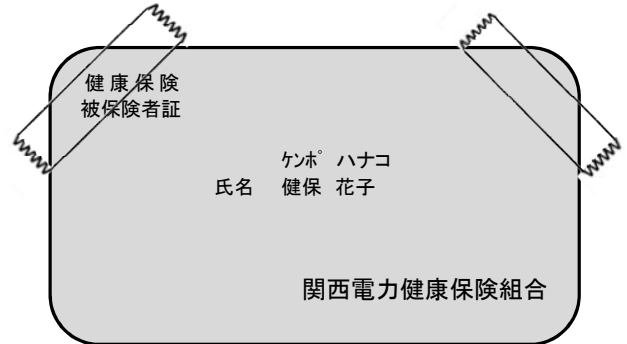
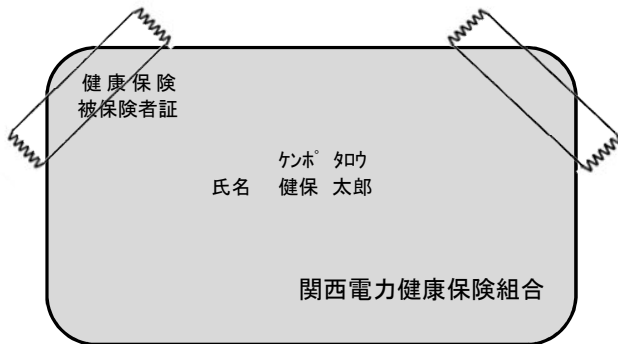
事業主側經由所属		
長	長	担当者

被 保 険 者 氏 名 変 更 届
被 扶 養 者

関西電力健康保険組合常務理事殿

被 保 険 者 証 の 番 号	被 保 険 者 氏 名	続 柄	新 氏 名	旧 氏 名	変 更 の 理 由
			(フリガナ) -----		
			(フリガナ) -----		
			(フリガナ) -----		
			(フリガナ) -----		

◎対象の被保険者証をテープにて添付してください。



事 業 主 の 証 明

上記のとおりお届けします

令和 年 月 日 事業主 代理人 職氏名 印

【注意】氏名の外字登録は可能です。ただし、「医療費のお知らせ」等の印刷物につきましてはシステム制約上「文字化け」いたしますのであらかじめご了承願います。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。