

事業所番号

# 登録事項変更（訂正）届

被保険者（申請者）

事業所名

ENEOSグループ健康保険組合

(提出日)  
令和 年 月 日

マネージャー	担当者
--------	-----

常務理事	事務長	担当者
------	-----	-----

私（申請者）は、適用業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。当健保組合のホームページに個人情報の管理方法等の詳細が掲示されています。

※被扶養者のみの住所変更については、被扶養者（異動）届により提出してください。

被保険者の記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者の現住所
フリガナ			
被保険者の氏名			変更理由

該当する項目のみ記入し、該当欄に○印をして下さい。

該当者	
続柄	氏名
被保険者本人	
被扶養者	

	変更前	変更後
フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
性別		
住民票住所	〒	〒
現住所	〒	〒
電話		

- 令和6年12月2日以降、「氏名変更等」の加入者情報に変更がある場合は、健康保険証を再交付することができません。
- 加入者情報の変更後は、マイナ保険証のご利用をお勧めします。
- マイナ保険証を利用されていない場合は、「資格確認交付申請書」を併せてご提出ください。

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
--------	---

健康保険証添付 無，有（ 枚）
資格確認書添付 無，有（ 枚）

受付日付印