

申請者 → 事業主（人事担当者） → 伊藤忠健康保険組合 (ITCKH)

被保険者の氏名変更のときは  
被扶養者全員分の保険証を添付

(注) 本届は「**全て自署**」もしくは「**excel上で入力→印刷の上、捺印**」のいずれかが必要です。  
ワークフローやe-mail添付では受付できず、**必ず「紙」での提出**となりますのでご留意願います。

被保険者  
健康保険 被扶養者 氏名変更(生年月日訂正)届

年	月	日	伊藤忠健康保険組合	
常務理事		事務長		担当者

保険証の 記号・番号		被保険者 氏名	社員 No.		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	資格取得 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	部課名 内線 ( )
変更後			変更前			変更・訂正事由			
氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	生年月日	変更・訂正事由		変更・訂正日	
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 . .	本人	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 . .			. .	
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 . .		(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 . .			. .	
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 . .		(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 . .			. .	
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 . .		(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 . .			. .	

事業主確認欄	<p>この届出は次の①または②の要件を満たしています。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものです。</p> <p><input type="checkbox"/> ②記載内容について誤りがないか申請者本人に確認しています。</p> <p>事業主 所在地 事業主 名称</p>
	<p>社会保険 労務士記載欄</p>

【確認日付印】

- \* この届出は、変更がある場合事業主を経由して速やかにご提出ください。
- \* 婚姻等による氏名変更で、被扶養者がいる場合はその方についてもご記入ください。
- \* この届出は、ご本人の届出た基礎情報管理の変更・訂正を目的として利用いたします。