

# 健康保険登録事項変更届 Notice of Change to Registered Health Insurance Information

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー Leader	担当者 In charge

※太線内にご記入ください。/Complete the sections in bold.

						提出日/Date submitted (Y/M/D):    /    /	
被保険者 Insured person	記号/Code	番号/No.	氏名/Name	会社名/Company	所属/Section  (Tel.:                                    )		
変更内容 Nature of change	被保険者 Insured person		氏名/Name	フリガナ/Katakana	生年月日/Date of birth (Y/M/D)	事由/Reason	
		変更前/Before			. .		
		変更後/After			. .		
	被扶養者 Dependent(s)		氏名/Name	フリガナ/Katakana	生年月日/Date of birth (Y/M/D)	続柄/Relationship	事由/Reason
		変更前/Before			. .		
		変更後/After			. .		
		変更前/Before			. .		
		変更後/After			. .		
		変更前/Before			. .		
	変更後/After			. .			

- 注：
- 変更内容には該当者の氏名および変更箇所のみご記入の上、原則、被保険者証または資格確認書(有効期限内のもの)を添えて提出してください。**なお、被保険者証を持っている方で、マイナ保険証の利用登録をしていない方は、「資格確認書(再)交付申請書」もあわせて提出してください。**
  - 武田薬品および任意継続の方は**宛先を記入した返信用封筒を同封し**、健康保険組合へ提出してください。
  - 武田薬品以外の事務所の方は、会社の健保事務担当者へ提出してください。

武田薬品健康保険組合/Takeda Health Insurance Society

- Notes:
- Under "Nature of change," enter only the name(s) of the subject person(s) and item(s) that have changed. In principle, attach the (valid) health insurance card(s) or Eligibility Verification Certificate(s) when submitting this form.  
**Submit an Application Form for Issue/Reissue of Eligibility Verification Certificate as well for those who currently have a health insurance card and have not registered to use a Myna health insurance card.**
  - If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee or Voluntarily and Continuously Insured Person, send this form to the Health Insurance Society **with a self-addressed return envelope enclosed.**
  - If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.

健保処理欄 For Society use	証発行	
	証発送	
	旧証廃棄 (シュレッダー)	