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

健康保険組合 押印欄			
常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長･ﾘｰﾀﾞｰ Leader	担当者 In charge

事業所欄	社会保険労務士記載欄

※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

		氏名/Name	フリガナ/*Katakana*	生年月日/Date of birth (Y/M/D)	事由/Reason
被保険者 Insured person	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：
1．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、資格確認書(交付されている場合で有効期限内のもの)を添えて提出してください。
2．武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス（宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載）へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者に提出してください。
3．任意継続の方は、健康保険組合へ提出してください。

Notes:
1. 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) Eligibility Verification Certificate(s) when submitting this form.
2. If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details). 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.
3. 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.

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

健保処理欄 For Society use		
	証発行	
	証発送	
	旧証廃棄（ｼｭﾚｯﾀﾞｰ）	