

記入例
Example of completed form

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・リーダー Leader	担当者 In charge

事業所欄

社会保険労務士記載欄

提出日を記入
Enter the date the form was submitted.

記入不要/Leave blank

任意継続の方は記入不要です
Not required for Voluntarily and Continuously Insured Persons

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

提出日/Date submitted (Y/M/D): **XXXX/ 5/ 20**

被保険者 Insured person	記号/Code	番号/No.	氏名/Name		会社名/Company	所属/Section		
	10	102345	健保 花子/Hanako Kempo		〇〇薬品工業株式会社/ _____ Pharmaceutical Company Limited	△△工場製造部〇〇グループ/ _____ Group, Manufacturing Division, _____ Plant (Tel.: 06-6223-1234)		
被保険者 Insured person	変更する箇所のみ記入 Enter item(s) that have changed only.		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	健保 花子/Hanako Kempo	ケンポ ハナコ	.	.	結婚による改姓 Change in family name due to marriage		
	変更後/After	田中 花子/Hanako Tanaka	タナカ ハナコ	.	.			
変更内容 Nature of change	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。 武田薬品健康保険組合/Takeda Health Insurance Society

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。

- Notes:
- 任意継続の方は、健康保険組合へ提出してください。
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.
 - 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.
 - 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	記入不要 Leave blank
--------------------------	---------------------