

健康保険被保険者区分変更届

70歳以上被用者区分変更届

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	* * *	常務理事	事務長	統括	担当	
	事業所所在地						
	事業所名称						
	事業主氏名						
電話番号					健保受付印		
社会保険労務士記載欄			事業所検印				
氏名等							

被保険者1	被保険者番号	****	氏名	(フリガナ) ダイドウ ケンポ 大同 健保	生年月日	3.大正 5.昭和 7.平成 9.令和	△年 □月 ○日
	住所	〒****-**** ×××県×××× ×× ××号			③個人番号		
	※処理区分	1.70歳以上被用者 2.高齢任意加入被保険者	変更後区分	0.一般 1.短時間労働者(3/4未満)	変更年月日	9.令和	△年 □月 ○日 備考

被保険者2	被保険者番号		氏名	(フリガナ)	生年月日	3.大正 5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	住所	〒			③個人番号		
	※処理区分	1.70歳以上被用者 2.高齢任意加入被保険者	変更後区分	0.一般 1.短時間労働者(3/4未満)	変更年月日	9.令和	年 月 日 備考

被保険者3	被保険者番号		氏名	(フリガナ)	生年月日	3.大正 5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	住所	〒			③個人番号		
	※処理区分	1.70歳以上被用者 2.高齢任意加入被保険者	変更後区分	0.一般 1.短時間労働者(3/4未満)	変更年月日	9.令和	年 月 日 備考

被保険者4	被保険者番号		氏名	(フリガナ)	生年月日	3.大正 5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	住所	〒			③個人番号		
	※処理区分	1.70歳以上被用者 2.高齢任意加入被保険者	変更後区分	0.一般 1.短時間労働者(3/4未満)	変更年月日	9.令和	年 月 日 備考

※処理区分は該当しない場合記入不要です。