

自己情報訂正請求書

令和 年 月 日

北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様

訂正請求者 住 所

氏 名 ⑩

電話番号 — —

〒 — 電話番号 — —

F A X — —

組 合 員 住 所
(診療所) _____

氏名 (自署) _____

下記の通り自己情報の訂正を申し出します。

1. 申出に係わる 自己情報の訂正 部類及び内容		1. 氏名 旧 新 2. 住所 旧 新 3. その他
*事務処理欄	申出者資格 確認欄	1. 戸籍謄本 2. その他 ()
*備 考		

注 *印欄は、記入しないでください。