健康保険

被保険者
氏名・フリガナ・生年月日
（変更・訂正）届

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

令和　　年　　月　　日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

事業主記入欄

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	（　　）

受付印	確認印

社会保険労務士の提出代行者㊞

変更・訂正区分

1. 氏名変更
   変更理由（　　）
2. 氏名訂正
3. フリガナ訂正
4. 生年月日訂正
5. その他（　　）

◎ 左記区分の該当する数字に〇をして下さい。

◎ 保険証を添付して下さい。

（被保険者の氏名変更・訂正については、被扶養者の保険証も添付して下さい。〈被扶養者の保険証に被保険者の氏名が印字されている為〉）

現在加入中の被扶養者　　名

変更・訂正前

保険証の 記号	保険証の 番号	フリガナ / 氏名	生年月日	年	月	日
			昭和			
			平成			

変更・訂正後

フリガナ / 氏名	生年月日	年	月	日
	昭和			
	平成			