

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	〒       ( )	受付印	確認印
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話			
			社会保険労務士記載欄	
			氏名等	

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○をして下さい。

◎ 資格確認書(発行者のみ)を添付して下さい。

被保険者の氏名変更・訂正については、被扶養者の資格確認書も添付して下さい。<被扶養者の資格確認書に被保険者の氏名が印字されている為>

◎ マイナ保険証をお持ちでない方は、『資格確認書交付申請書』を併せてご提出ください。

(マイナ保険証をお持ちの方は、原則、資格確認書交付不可)

現在加入中の被扶養者 名

変更・訂正前	被保険者		フリガナ		生年月日			
	記号	番号	氏名		昭和	年	月	日
					平成			

変更・訂正後	フリガナ			生年月日			
	氏名			昭和	年	月	日
				平成			