

# 健康保険 被保険者 被扶養者 氏名変更(訂正)届／生年月日等訂正届

常務理事	事務長	担当者

従業員番号 <small>※事業主から指示があった場合のみ記入</small>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>注意</b> ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する□に✓を記入            ●訂正の場合は二重線および押印必要         </div>			
健康保険 被保険者証の記号	健康保険 被保険者証の番号	被保険者氏名 (※)			生年月日 (※)
		(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成

(※) 変更(訂正)前の氏名及び生年月日を記入してください

変更する箇所	変更理由
<input type="checkbox"/> 被保険者証氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )

変更又は訂正前 ※該当する項目のみ記入				変更又は訂正後 ※該当する項目のみ記入			
氏名	続柄	生年月日		氏名	続柄	生年月日	
(フリガナ) ----- (氏)				(フリガナ) ----- (氏)			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
(フリガナ) ----- (氏)				(フリガナ) ----- (氏)			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
(フリガナ) ----- (氏)				(フリガナ) ----- (氏)			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	

確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである
□	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日  
 事業所所在地 印  
 事業所名称  
 事業主氏名

- 変更(訂正)後の内容が確認できる住民票の写しを必ず添付してください。  
※住民票に記載されている内容と同じ場合のみ、免許証・パスポート・在留カード等の写しでも可。
- フリガナを訂正する場合は、正しいフリガナが確認できる書類を提出してください。(公共料金の明細等でも可)
- 被保険者の氏名変更(訂正)に伴い、被扶養者の保険証も修正が必要な場合は、被扶養者の保険証も添付してください

-----  
受付日印