

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 ※事業主から指示があった場合のみ記入		注意 ●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															
記号		番号		変更前の氏名を記入 被保険者氏名 (※)						生年月日 (※)							
1	2	1	1	1	2	3	4	(フリガナ) ケホ ハコ	健保	花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	2	0	1	0	1

(※) 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 checked="" type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 生年月日	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input checked="" 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) ケホ (氏) 健保	(名) ハコ 花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		(フリガナ) ヒノ (氏) 日野	(名) ハコ 花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
(フリガナ) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		(フリガナ) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
(フリガナ) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		(フリガナ) (氏)	(名)	<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
<input type="checkbox"/>	
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	
事業所名称	
事業主氏名	印

- 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
※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
(公共料金の明細等でも可)
- 変更となる該当者の資格確認書を添付
※ただし、被保険者の氏名変更(訂正)の場合は被扶養者の資格確認書も添付
- 氏名変更後の保険証の再交付なし(マイナ保険証を利用)
※やむを得ない理由によりマイナ保険証を利用できない場合は別途「資格確認書 申請書/理由書」を提出

受付日印