

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つた場合のみ記入	
-----------------------------	--

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	被保険者氏名 (※)	生年月日 (※)
1	2	(フリガナ)	□昭和 □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
□氏名 □生年月日 □その他 ()	□結婚 □離婚 □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)	(名)	□昭和 □平成 □令和	(フリガナ) (氏)	(名)	□昭和 □平成 □令和
(フリガナ) (氏)	(名)	□昭和 □平成 □令和	(フリガナ) (氏)	(名)	□昭和 □平成 □令和
(フリガナ) (氏)	(名)	□昭和 □平成 □令和	(フリガナ) (氏)	(名)	□昭和 □平成 □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
<input type="checkbox"/>	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	
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

受付印