

健康保険 被保険者 氏名 変更 届
被扶養者 訂正

常務理事	係 員	係 員

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏 名	生年月日 年 月 日			
	(フリガナ)	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			

変更(訂正)年月日	変 更 (訂 正) 後 氏 名	変 更 (訂 正) 前 氏 名	続柄
令和 年 月 日	(フリガナ) 	(フリガナ) 	
変更(訂正)年月日	変 更 (訂 正) 後 氏 名	変 更 (訂 正) 前 氏 名	続柄
令和 年 月 日	(フリガナ) 	(フリガナ) 	
変更(訂正)年月日	変 更 (訂 正) 後 氏 名	変 更 (訂 正) 前 氏 名	続柄
令和 年 月 日	(フリガナ) 	(フリガナ) 	
変更(訂正)年月日	変 更 (訂 正) 後 氏 名	変 更 (訂 正) 前 氏 名	続柄
令和 年 月 日	(フリガナ) 	(フリガナ) 	

【添付書類】

- ①健康保険証または資格確認書をお持ちの方
②住民票記載事項証明書（写し）または運転免許証の（写し）
③資格確認書交付申請書（※マイナ保険証登録をしていない方のみ必要）

<注意事項>

被扶養者がいる方で、被保険者のみ氏名を変更する場合も、被扶養者の保険者証または資格確認書を添付してください。（扶養家族の保険証または資格確認書に被保険者氏名が印字してあるため）

(R6.10)

事業所所在地

事務所名称

事業主氏名

電話番号

受付日付印