

# 健康保険 被保険者 被扶養者 氏名等変更届

健 保 組 合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

健康保険被保険者	
記号	番号(右づめで記入)

令和 年 月 日提出

被保険者の氏名	
(氏)	(名)

事業所名		電 話 番 号	自 宅		
所 属 (または出向先)	部		室・グループ 課 ・ 工場	職場(内線)	
被保険者住所	〒			職場(外線)	

	被保険者・被扶養者の氏名	生 年 月 日	続柄
変更前	(フリガナ)	昭 平 令	年 月 日
変更後	(フリガナ)	昭 平 令	年 月 日
申請理由			
事由発生年月日	令和 年 月 日		

【記入要領】 変更前欄:全ての項目を記入してください。  
変更後欄:変更を要する項目のみ記入してください。

- 【添付書類】
- 住民票(コピー可)または、運転免許証(コピー)
  - 被保険者は、1. の書類に代えて事業所からの確認書類(例:人事報等)も可
  - 資格確認書等(交付を受けているとき)

健康保険被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。  
(マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認及び本人確認のための書類の添付が必要となります。)

備 考	健保 記入欄	<input type="checkbox"/> 資格確認書回収済 (R . . )	マイナ 保険証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(資格確認書発行日R . . )

受付日付印