

健康保険 被保険者 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

健康保険被保険者証									
記号				番号(右づめで記入)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日提出

被保険者の氏名	
(氏) ケンボ	(名) ハナコ
健保	花子

事業所名	○△◇(株)			電話番号	自宅	○○-◇◇◇◇-××××
所属(または出向先)	○△◇(株)	部	○		職場(内線)	○○◇◇××
被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-×				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) ケンボ ハナコ 健保 花子	昭平令 ○ × × △ ○ ×	本人
変更後	(フリガナ) ニッテツ ハナコ 日鉄 花子	昭平令	
申請理由	結婚のため		
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
 - 保険証、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"/> 証回収済(R . . .) <input type="checkbox"/> 確認書回収済(R . . .)	マイナ証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(確認書発行日R . . .)
----	-------	--	------	--

受付日付印