

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 証							
記 号				番 号 (右づめで記入)			
1	2	3	4		5	6	7 8

平成	○	年	△	月	◇	日提出
----	---	---	---	---	---	-----

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏) ホケン 保健	(名) ハナコ 花子 印

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

事業所名	新日鐵住金○×△(株)			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	〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-×					

	被保険者・被扶養者 の氏名	生 年 月 日	性別	続柄	証番号	健 保 記 入 欄
変 更 前	(フリガナ) ホケン 保健 ハナコ 花子	昭 年 月 日 平 ○ × × △ ○ ×	男 女	本人	*	*
変 更 後	(フリガナ) ケンボ 健保	昭 年 月 日 平	男 女		*	*
申請理由	結婚のため				* 欄は健保記入欄です。	
事由発生 年月日	平成 ○ 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】 1. 住民票(コピー可)または、運転免許証(コピー)
2. 被保険者については、1. の書類に代えて事業所からの確認書類(例: 人事報等)にても可。

受 付 日 付 印