

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 氏名変更(訂正)届 (☐ 被保険者 ☐ 被扶養者)

申請者(被保険者) ※従業員							
記 号		番 号	【変更前】 被保険者(従業員)氏名 ※戸籍氏名		被保険者(従業員)職場名		
					電話番号		E-MAIL
【変更後】 氏名変更対象者 戸籍氏名 ※変更となる方 (本人・家族) 全て記入必要	続柄	フリガナ		続柄	フリガナ		
		(氏)	(名)		(氏)	(名)	

☐ 後日、旧(変更前)保険証(注)を返却いたします。被扶養者(家族)がいる場合は、家族分も返却します。

提出日	
-----	--

注: 令和7年12月2日以降は、交付されている保険証は廃止となるため返却は不要となります。ただし「資格確認書」の交付を受けている場合は「資格確認書」の返却が必要です。

※マイナ保険証を利用できる方には「資格確認書」は交付いたしません。引続き、マイナ保険証を使用し受診してください。

※マイナ保険証登録状況を健康保険組合で確認し、マイナ保険証を使用出来ない方にのみ「資格確認書」を交付します。

(事業主記入欄)	事業所所在地、事業所名称、代表者氏名
	事業所の所在地
	事業所の名称
	代表者氏名

【 提出先および問合せ先 】 YKK健康保険組合
〒938-8601 富山県黒部市吉田200
TEL : (外線)0765-54-8650 (内線)772-3920
FAX : (外線)0765-57-0326 (内線)772-3929
E-MAIL : kenpo-todokede.jp@ykk.com

健康保険組合 受付印

【 BSI社会保険担当者欄 ・ 各事業所担当者欄 】

担当確認欄

☐ 被保険者の申請内容(漢字・フリガナ)に相違ありません。