

健康保険 被保険者 被扶養者 氏名変更(訂正)届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

令和 年 月 日提出

受付印

被保険者等記号		任意継続被保険者は、事業所情報の記入は不要です。
事業所情報	所在地	〒 -
	名称	
	事業主名	
	電話番号	- -

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

被保険者情報	被保険者等記号		被保険者等番号		
	フリガナ		氏名		
	氏名	氏	名		
	生年月日	5 昭和	年	月	日
		7 平成			
		9 令和			
	性別			1 男	2 女

氏名変更する者	続柄	変更前の氏名		変更後の氏名 ※1	
		フリガナ	氏名	フリガナ	氏名
		フリガナ	氏名	フリガナ	氏名
		資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行必要(※2)	
		フリガナ	氏名	フリガナ	氏名
		資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行必要(※2)	
		フリガナ	氏名	フリガナ	氏名
		資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行必要(※2)	
		フリガナ	氏名	フリガナ	氏名
		資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行必要(※2)	
	備考				

※1 住民票上の氏名を「楷書」で正確に記入してください。

※2 資格確認書発行要否…資格確認書の発行が必要な場合は□にチェックを記入してください。

(注)・資格確認書の発行がある方は、氏名変更する者の資格確認書を添付してください。

・被扶養者がいる被保険者の氏名を訂正する場合は、被扶養者全員分の資格確認書を添付してください。