

健康保険 氏名・生年月日等変更(訂正)届

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

《注意事項》

1. 氏名・生年月日・続柄の変更(訂正)の場合は、対象者の被保険者証を添付してください。
2. 被保険者の漢字氏名を訂正・変更する場合は、被扶養者全員の被保険者証も添付してください。
3. 任意継続の方で、給付金振込口座や健康保険料引き去り口座に変更がある場合は、(健保)までご連絡ください。
4. 氏名変更の場合、被保険者氏名欄は、変更前を記入してください。

※太枠線内を記入してください。

記入日	令和 年 月 日			↓被保険者氏名は手書きでお願い致します。	
被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名		
事業所(会社)名称 ※任意継続者は記入不要			所属・電話 ※任意継続者は記入不要		
			(TEL)		
対 象 者	変更前	(刀がナ) (姓)	(名)	生年月日	続柄
	昭和 平成 令和	年	月	日	
対 象 者	変更後	(刀がナ) (姓)	(名)	生年月日	続柄
	昭和 平成 令和	年	月	日	
変更(訂正)の 年月日及び理由		令和 年 月 日	変更(訂正)理由		

事業所所在地
事業所名称
事業主名

受付印