

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. マイナ保険証（マイナンバーカードを健康保険証として利用）の方も提出が必要となります。
2. 氏名・生年月日・続柄の変更(訂正)の場合、対象者の資格確認書が交付されているときは資格確認書を添付してください。
3. 被保険者の漢字氏名を訂正・変更する場合、被保険者、被扶養者の資格確認書が交付されているときは、資格確認書を添付してください。
4. 任意継続の方で、給付金振込口座や健康保険料引き取り口座に変更がある場合は、(健保)までご連絡ください。
5. 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。
6. 個人番号を記入した場合、特定個人情報(マイナンバー)保護の観点から、手渡しや簡易書留等の追跡可能な移送手段にて送付願います。

※太枠線内を記入してください。

記入日	令和 年 月 日			
個人番号 12桁	※個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。			
被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名 (フリガナ) ※氏名変更の場合は、変更前を記入	
	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	(フリガナ) (姓)	(名)	生 年 月 日 続柄 昭和 年 月 日
	変更後	(フリガナ) (姓)	(名)	生 年 月 日 続柄 昭和 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