

健康保険 被保険者 被扶養者 氏名変更(訂正)届  
(兼 フリガナ・性別・生年月日・続柄 訂正届)

常務理事	事務長	担当者	

被保険者証の記号及び番号		被保険者の氏名		変更(訂正)理由	
(記号)	(番号)			1. 結婚 2. 離婚 3. 養子縁組 4. 誤届 5. その他 ( )	

該当項目
氏名変更(訂正) フリガナ訂正 性別訂正 生年月日訂正 続柄訂正
氏名変更(訂正) フリガナ訂正 性別訂正 生年月日訂正 続柄訂正
氏名変更(訂正) フリガナ訂正 性別訂正 生年月日訂正 続柄訂正
氏名変更(訂正) フリガナ訂正 性別訂正 生年月日訂正 続柄訂正

対象者の変更前(訂正前)							
フリガナ		性別	生年月日		被保険者との続柄		
氏名(姓)	(名)		年	月		日	
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成				
			令和				
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成				
			令和				
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成				
			令和				
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成				
			令和				

対象者の変更後(訂正後)							
フリガナ		性別	生年月日		被保険者との続柄		
氏名(姓)	(名)		年	月		日	
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成				
			令和				
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成				
			令和				
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成				
			令和				
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成				
			令和				

事業主	確認事項	この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。
	所在地	〒 -
	名称	
	氏名	
	電話	( 局) 番

留意事項 ※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者本人(被保険者)の署名が必要となります。 ※養子縁組を理由とする場合は、「戸籍抄本」を添付してください。
---

受付年月日
-------