

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	対象者の変更前(訂正前)				対象者の変更後(訂正後)				資格確認書 発行要否 該当者で発行が 必要な場合のみ	
	フリガナ		性別	生年月日	被保険者 との続柄	フリガナ		性別		生年月日
氏名(姓)	(名)	氏名(姓)				(名)				
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			男 昭和 平成 令和	年 月 日			男 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要
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			男 昭和 平成 令和	年 月 日			男 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要
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			男 昭和 平成 令和	年 月 日			男 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要
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			男 昭和 平成 令和	年 月 日			男 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要

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	() 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。
※交付してある訂正前の医療保険証を添付してください。
※「資格確認書発行要否欄」は該当となる方が資格確認書の発行を希望される場合のみ、
 発行が必要に✓をしてください。

受付年月日