

健康保険 被保険者 氏名変更(訂正)届
被扶養者
(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
記入例		

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)			
● 123	45678	健保	桜	① 結婚 2. 離婚 3. 養子縁組 4. 誤届 5. その他 ()

交付してある健康保険被保険者証から転記してください。

該当項目	フリガナ		性別	生年月日			被保険者との続柄	
	氏名(姓)	(名)		昭和	年	月		日
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	クミアイ	サクラ	男	昭和	年	月	日	本人
	組合	桜	女	平成 令和	05	10	20	
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	年	月	日	
			女	平成 令和				
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	年	月	日	
			女	平成 令和				
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	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)		昭和	年	月		日
ケンポ	サクラ	男	昭和	年	月	日	本人
健保	桜	女	平成 令和	05	10	20	
		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				

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	事業主の証明が必要となります。
氏名	
電話	

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