

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
記入例		

交付してある健康保険被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせから転記してください。(※新規で加入する場合は、記入不要です)

(記号)	123	(番号)	45678	健保	桜	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	
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	
		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	
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				

資格確認書
発行要否
該当者で発行が
必要な場合のみ
 発行が必要

該当者で発行が必要な場合のみ、 発行が必要に✓をしてください。
該当されていない方には、発行ができません。
以下に該当する者に限ります。
・マイナンバーカードを取得していない者
・マイナンバーカードを返納した者
・マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証としての利用登録を行っていない者
・マイナ保険証の利用登録解除を申請した者(利用登録解除者)
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた者

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	事業主の証明が必要となります。
	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。
※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