

常務理事	部長	課長	係長	係

令和 年 月 日 提出

### 健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届

① 事業所記号	② 被保険者番号	③ 生 年 月 日 昭. 5 ..... 年 ..... 月 ..... 日 平. 7 .....	④ 資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※裏面2を確認	⑤ 備考
⑥被保険者の氏名 (変更後) (フリガナ)	(氏) ..... (名) .....	⑦ 変更前の氏名	(氏) ..... (名) .....	(名) .....

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。  
◎被扶養者がいる場合は、被扶養者の氏名の確認や被扶養者資格の見直し等を依頼する場合があります。  
※資格確認書の発行が必要な場合は、「健康保険資格確認書交付申請書」の添付が必要です。  
(資格確認書発行の要件は裏面を確認してください。)

受付年月日

事業所所在地	届書記入の内容に誤りがないことを確認しました。 〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

社会保険労務士記載欄
氏名等

### 【記入の方法】

1. ③の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

		年			月		日
昭.	32	3	2	0	2	0	7
平.	7						

のように記入してください。

2. ④の資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行が必要」にチェックを入れてください。

※以下に該当する場合に限ります。

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の返納者

マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者

マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

3. ⑥の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。