

【提出ルート】

申請者 → 事業所業務担当者 → 健保

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

健康保険被保険者氏名変更(訂正)届

令和 年 月 日 提出

| | | | | | | |
|-------------|----|------------------------|---------|------------------|---|-------------|
| 健康保険証の記号・番号 | | 被保険者の氏名(現在保険証に記載されている) | | 被保険者の生年月日 | | 性別 |
| 記号 | 番号 | | | 昭和・平成 年 月 日 | | 男 ・ 女 |
| 勤務先 (所属) | | (内線番号) | | 変更 (訂正) 理由 | <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 誤届 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 変更後の氏名 | | | 変更前の氏名 | | | 続柄 |
| フリガナ (氏) | | | (氏) (名) | | | 本人 |
| フリガナ (氏) | | | (氏) (名) | | | |
| フリガナ (氏) | | | (氏) (名) | | | |
| フリガナ (氏) | | | (氏) (名) | | | |

| | | | |
|------|---------------------------|----------|----------|
| 事業主欄 | うえの申請について事実と相違ないことを証明します。 | | 令和 年 月 日 |
| | 事業所所在地 | | |
| | 事業所名称 | 事業所業務担当者 | |
| | 事業主氏名 | 印 | |

【注意事項】

- 被保険者本人が氏名変更する場合は、本人の保険証と被扶養者全員の保険証を添付、被扶養者が氏名変更する場合は、その方の保険証のみ添付してください。
- 内容によっては、別途書類を添付していただく場合があります。
(苗字ではなく「名」が変更する場合は、住民票を添付)

健保受付印

(改訂R5.4)