

常務理事	事務長 (課長)	課長 (課長代理)	担当者

# 健康保険 被保険者・被扶養者 氏名変更（訂正）届

① 記号番号	② 生年月日
—	昭和 平成 年 月 日

※該当するものにレ点を付してください

③被扶養者の有無	有・無	④氏名変更対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ変更 以下⑤⑥を記入 <input type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者全員同じ姓に変更 以下⑤⑥を記入 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ変更 以下⑦を記入 <input type="checkbox"/> 一部対象者のみ 以下⑦を記入
----------	-----	----------	--

⑤被保険者氏名 (変更後)	(フリガナ)		⑥変更前の 被保険者氏名	(フリガナ)	
	(氏)	(名)		(氏)	(名)

⑦ 変更 対象 者	変更後の氏名		変更前の氏名		続柄
	被保険者	(フリガナ)	(名)	(フリガナ)	(名)
	(氏)		(氏)		
被扶養者	(フリガナ)	(名)	(フリガナ)	(名)	
	(氏)		(氏)		
被扶養者	(フリガナ)	(名)	(フリガナ)	(名)	
	(氏)		(氏)		
被扶養者	(フリガナ)	(名)	(フリガナ)	(名)	
	(氏)		(氏)		

【添付書類】  
 ・健康保険被保険者証  
 ・高齢受給者証  
 ・限度額適用認定証  
 ・特定疾病療養受療証

※紛失等で添付できない場合  
 「回収不能・滅失届」を添付  
 してください。

受付日付印

届書記入の内容に誤りがないことを確認しました。  
 令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ( )

社会保険労務士記載欄