

健康保険被保険者  
被扶養者 氏名変更・記載事項訂正届

|      |     |
|------|-----|
| 常務理事 | 担 当 |
|      |     |

被保険者が記載内容を確認しましたので申請します ☐ 令和 年 月 日 提出

|                  |     |                                      |     |               |  |                 |                |      |            |                |            |
|------------------|-----|--------------------------------------|-----|---------------|--|-----------------|----------------|------|------------|----------------|------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 記 号 | 番 号                                  |     |               |  |                 |                | 事業所  | 所 属 ( ) 電話 | 証添付<br>(健保記入欄) |            |
|                  |     |                                      |     |               |  |                 |                |      |            |                |            |
| 被保険者<br>氏名       |     | (氏) (名)                              |     |               |  |                 |                | 生年月日 | 昭和<br>平成   | 年 月 日          | 性 別<br>男・女 |
| 被保険者<br>住所       |     | 〒 電話                                 |     |               |  |                 |                |      |            |                |            |
| 変 更 (訂 正) 年 月 日  |     | 令和 年 月 日                             |     | 変 更 (訂 正) 対象者 |  | 1. 被保険者 2. 被扶養者 |                |      |            |                |            |
| 変 更 (訂 正) 種 別    |     | 1. 氏名変更・訂正 2. 生年月日訂正 3. 性別訂正 4. 続柄訂正 |     |               |  |                 |                |      |            |                |            |
| 変 更 (訂 正) 理 由    |     |                                      |     |               |  |                 |                |      |            |                |            |
| 変 更 (訂 正) 前      |     |                                      |     | 変 更 (訂 正) 後   |  |                 |                |      |            |                |            |
| 氏 名              |     |                                      | 続 柄 | 氏 名           |  |                 | 生 年 月 日        |      | 続 柄        |                |            |
| フリガナ             |     |                                      | 本人  | フリガナ          |  |                 | 昭・平・令<br>年 月 日 |      | 本人         |                |            |
|                  |     |                                      |     |               |  |                 | 性 別 男 ・ 女      |      |            |                |            |
| フリガナ             |     |                                      |     | フリガナ          |  |                 | 昭・平・令<br>年 月 日 |      |            |                |            |
|                  |     |                                      |     |               |  |                 | 性 別 男 ・ 女      |      |            |                |            |
| フリガナ             |     |                                      |     | フリガナ          |  |                 | 昭・平・令<br>年 月 日 |      |            |                |            |
|                  |     |                                      |     |               |  |                 | 性 別 男 ・ 女      |      |            |                |            |
| フリガナ             |     |                                      |     | フリガナ          |  |                 | 昭・平・令<br>年 月 日 |      |            |                |            |
|                  |     |                                      |     |               |  |                 | 性 別 男 ・ 女      |      |            |                |            |

< 注意事項 >  
※変更(訂正)された内容を確認できる資料(住民票(写) 等)を添付してください。  
※戸籍の性別を変更(訂正)された場合は、戸籍謄(抄)本を提出してください。

被保険者からの申請内容に間違いがないことを確認しましたので届出します。☐

令和 年 月 日 提出

|            |      |
|------------|------|
| 事業所所在地 〒 ー |      |
| 事業所名称      | 担当部門 |
| 事業主氏名      |      |
| 電 話        |      |

受付日印

|       |  |
|-------|--|
| 健保記入欄 |  |
| 処理    |  |
| 備考    |  |