

**健康保険 被保険者 氏名変更(訂正)届**  
**被扶養者**

※健保組合記入欄

常務理事	課長	担当	処理

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号		③ 個人番号				④ 生 年 月 日			
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)		(氏)	(名)	⑦ 変更前の氏名		(氏)	(名)	⑥ 資格確認書 発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要※	
		(フリガナ)						※該当項目(記入方法参照)に当てはまる方のみ発行対象です。 ※要の方は、別途「資格確認書交付申請書」の提出が必要です。			
変更日	平成 令和	年	月	日	変更理由	結婚	離婚	その他			
① 備考					保険証回収	添付__枚 返不能__枚					

年 月 日 提出

事業所所在地	届書記入の個人番号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	(           局)           番

受付日付印

### 【記入の方法】

1. ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。
2. ④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、

明	1	年	月	日
大	3			
昭	5	3	2	0
平	7	2	0	7
令	9			

のように記入してください。

3. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。
4. ①は、被保険者整理番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入してください。
5. ⑥資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「発行が必要」の□に✓を付してください。  
※以下に該当する場合があります。
  - ・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、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切れの者