

部長	課長	係長	係

健康保険被保険者 氏名変更(訂正)届

被保険者証の記号・番号		生年月日	性別
記号	番号	昭・平 年 月 日	男・女
変更年月日		被保険者の現住所	
平成・令和 年 月 日		〒 電話 ()	

区分	変更後の氏名		変更前の氏名	
フリガナ	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名				
備考				

【注意事項】

- ・ **被保険者証を必ず添付してください。**
- 被扶養者がいる場合は、**被扶養者の被保険者証も必ず添付してください。**
- ・ 被扶養者の氏名変更がある場合は、別途「被扶養者(氏名)変更(訂正)届」の提出が必要です。
- ・ 氏名のフリガナのみ訂正される場合は、保険証の返却は不要です。

令和 年 月 日

〒	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話番号	()

備考										

※組合記入欄

受付年月日

(1.5)

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----

記入例

健康保険被保険者 氏名変更(訂正)届

被保険者証の記号・番号		生年月日	性別
記号 1234	番号 567	昭・平50年1月10日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
変更年月日		被保険者の現住所	
平成・ <input checked="" type="radio"/> 令和 1年5月1日		〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2 〇〇マンション102 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	

区分	変更後の氏名		変更前の氏名	
フリガナ	(氏) イギョウ	(名) ハナコ	(氏) ケンポ	(名) ハナコ
氏名	医業	花子	健保	花子
備考				

【注意事項】

- ・ **被保険者証を必ず添付してください。**
被扶養者がいる場合は、**被扶養者の被保険者証も必ず添付してください。**
- ・ 被扶養者の氏名変更がある場合は、別途「被扶養者(氏名)変更(訂正)届」の提出が必要です。
- ・ 氏名のフリガナのみ訂正される場合は、保険証の返却は不要です。

令和 1 年 5 月 10 日

〒 345-6789	
事業所所在地	東京都〇〇市〇〇町3-2-1
事業所名称	医療法人社団 〇〇会
事業主氏名	理事長 〇〇 〇〇
電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇



備考																				

※組合記入欄

(1.5)

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----