被扶養者（氏名・フリガナ・生年月日・続柄・性別）変更（訂正）届

部　長	課　長	係　長	担当者

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄		
	事業所所在地	〒　　-
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	（　　）

事業所記号				

確認印

社会保険労務士記載欄

氏　名　等

被保険者の番号	資格取得年月日
	昭・平・令　　年　　月　　日
被保険者の氏名	**被保険者の現住所**
	〒　　- 電　話　　（　　）

区　分	訂正（変更）**後**		訂正（変更）前	
フリガナ	（氏）	（名）	（氏）	（名）
氏　名				
生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日		昭・平・令　　年　　月　　日	
続　柄				
性　別	男　・　女		男　・　女	
変更（訂正）事由				

【注意事項】

・被保険者証または資格確認書をお持ちの方は、必ず添付してください。

・氏名のフリガナのみ訂正される場合は、被保険者証または資格確認書の返却は不要です。

・資格確認書の再交付が必要な場合は「健康保険資格確認書（再）交付申請書」を併せて提出してください。

組合使用欄			
	資格情報のお知らせ	□ 回収済	
		□ 未添付	
		□ 滅失届添付	
	被保険者証または資格確認書	□ 回収済	
		□ 未添付	
		□ 滅失届添付	

オンライン印	受付印