

健康保険被保険者 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	〒 -	事業所記号		確認印
	事業所名称				
	事業主氏名				
	電話番号		()		
			社会保険労務士記載欄		
			氏 名 等		

被保険者の番号	被保険者氏名
	フリガナ
生年月日	変更年月日
昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	令 和 年 月 日

変更 後 の性別	変更前の性別
男 ・ 女	男 ・ 女
変更（訂正）事由	
申請時の記入誤り ・ その他 ()	

【注意事項】

ご提出の際は、以下の書類を添付してください。

▼性別変更の場合

- ・被保険者証または資格確認書
- ・裁判所の判決の写し
- ・戸籍謄本の写し

▼記入誤り等による性別訂正の場合

- ・被保険者証または資格確認書

※氏名変更をされる場合は、「健康保険被保険者氏名（フリガナ）変更（訂正）届」をあわせてご提出ください。

組合 使用 欄	資格情報のお知らせ	☐ 回収済								オンライン印	受付印
		☐ 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									