

健康保険被保険者 性別変更（訂正）届

令和 5 年 11 月 15 日提出

提出者記入欄	事業所所在地	〒 345 - 6789 東京都□□市□□町3-2-1	事業所記号	1 2 3 4	確認印
	事業所名称	医療法人社団 □□会	社会保険労務士記載欄		
	事業主氏名	理事長 □□ □□	氏名等		
	電話番号	□□ (□□□□) □□□□			

被保険者の番号	氏名
56789	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎
生年月日	変更年月日
昭和・平成・令和 50 年 10 月 1 日	令和 5 年 11 月 1 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

- 資格情報のお知らせまたは資格確認書
- 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

- 資格情報のお知らせまたは資格確認書

※氏名変更をされる場合は、「健康保険被保険者 氏名変更届」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	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未添付 <input type="checkbox"/> 滅失届添付	
	被保険者証 または 資格確認書	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未添付 <input type="checkbox"/> 滅失届添付	

オンライン印	受付印