

部長	課長	係長	担当者

# 健康保険被保険者氏名（フリガナ）変更（訂正）届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所所在地	事業所記号	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	確認印
	事業所所在地								
	事業主氏名								

記号	番号	生年月日			資格取得日				
		昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日

区分	変更後の氏名
フリガナ	
氏名	
区分	変更前の氏名
フリガナ	
氏名	
理由	

## 【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。
- ・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。
- ・被扶養者の氏名変更がある場合は、別途「被扶養者（氏名・生年月日・続柄・性別）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、被保険者証または資格確認書の返却は不要です。

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