

## 健康保険被保険者氏名（フリガナ）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					
	事業主名	理事長 □□ □□	氏名等					
	電話番号	□□ ( □□□□ ) □□□□						

記号	番号	生年月日				資格取得日									
1234	5678	昭和 平成 令和	12	年	12	月	12	日	昭和 平成 令和	32	年	12	月	12	日

区分	変更後の氏名
フリガナ	ケンポ ハナコ
氏名	健保 花子
区分	変更前の氏名
フリガナ	イギョウ ハナコ
氏名	医業 花子
理由	婚姻のため

## 【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