

被扶養者（氏名・フリガナ・生年月日・続柄・性別）

記入例

変更（訂正）届

令和 5 年 11 月 15 日提出

確認印

提出者記入欄	事業所所在地	〒 345 - 6789 東京都〇〇市〇〇町3-2-1
	事業所名称	医療法人社団 〇〇会
	事業主氏名	理事長 〇〇 〇〇
	電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者証の記号・番号		資格取得年月日	
記号	番号	昭・平・令	年 月 日
1234	567	5	4 月 1 日
被保険者の氏名		被保険者の現住所	
健保 太郎		〒 123 - 4567 東京都〇〇区〇〇町1-2 〇〇マンション102号 電話 080 (0000) 0000	

区分	訂正（変更）後		訂正（変更）前	
フリガナ	(氏) ケンポ	(名) ヒロコ	(氏) ケンポ	(名) ユウコ
氏名	健保	裕子		
生年月日	昭・(平)・令	1 年 5 月 1 日	昭・平・令	年 月 日
続柄	妻			
性別	男・(女)		男・女	
変更（訂正）事由	フリガナの記入誤り			

【注意事項】

- 氏名・生年月日・性別の変更（訂正）の際は、該当者の被保険者証を必ず添付してください。新しい被保険者証は差し替えでの発行となります。
- 被保険者証の再発行となる該当者が高齢受給者証を交付されている場合は、高齢受給者証も必ず添付してください。

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