

提出先: 本社は人事部・支店は社会保険担当者 任意継続の方は、直接健康保険組合に提出して下さい。

常務理事	事務長	課長	係

健康保険(被保険者・被扶養者)氏名変更・生年月日(訂正)届

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	売場電話番号 又は内線	()	内線:
被保険者氏名 (変更後)			性別	生年月日	※個人番号
			男・女	年 月 日	

	氏名変更後	氏名変更前	続柄
被保険者	フリガナ	フリガナ	本人
被扶養者	フリガナ	フリガナ	続柄
被扶養者	フリガナ	フリガナ	続柄

生年月日の訂正は、下記に記入して下さい。

(被保険者・被扶養者)氏名					
訂正後の生年月日 (被保険者・被扶養者) ※○をつけて下さい。	昭和・平成・令和	年 月 日	訂正前の生年月日 (被保険者・被扶養者) ※○をつけて下さい。	昭和・平成・令和	年 月 日

※マイナンバー(個人番号)を記載した場合は、個人番号確認後本人確認するための添付書類が必要

※状況によっては、別途証明書をお願いする場合がありますのであらかじめご了承下さい。

※変更・訂正する方は、保険証も添えて下さい。なお、家族の方も変更する場合は、家族分も含めて添付して下さい。

事業主所在地	
事業所名称	
事業主氏名	

受付印