

該当のいずれかに☑をしてください。

健康保険 被保険者 被扶養者

氏名変更(訂正)届 生年月日訂正届

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日提出					
被保険者	被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	被保険者本人の変更の場合は、左の欄には変更前の情報をご記入の上、下欄にも記入してください。

※下欄には、変更・訂正を申請する対象者のみ、および変更・訂正する項目のみを記入してください。

申請する対象者	変更・訂正後		変更・訂正前		変更・訂正理由	変更・訂正日
	氏名	生年月日	氏名	生年月日		
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日		
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日		
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日		

上記のとおり被保険者から氏名変更(訂正)・生年月日訂正の届出がありましたので提出いたします。  
本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

令和 年 月 日
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話

【お願い】  
変更前の保険証は、変更後の保険証お渡しの時にご返却ください。

受付日付印

被保険者本人の氏名変更(訂正)の場合で  
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--