

| | | | | | | |
|------|-----|----|----|------|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| | | | | | | |

健康保険 被保険者氏名変更（訂正）届

令和 年 月 日提出

| | | | | |
|---------------|-----------|--|---|--|
| 提出者記入欄 | 健康保険事業所記号 | | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 〒 - </div> | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 社会保険労務士記載欄 氏名等 </div> |
| | 事業所所在地 | | | |
| | 事業所名称 | | | |
| | 事業主氏名 | | | |
| 電話番号 | () | | | |

受付印

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------------|--------------------|----------|-----|------------|-------------|------|------|------|---|---|---|
| 被保険者情報 | ① 被保険者番号 | ② 個人番号 [基礎年金番号] | 被保険者生年月日 | | | | 5.昭和 | 7.平成 | 9.令和 | 年 | 月 | 日 |
| | ③ 被保険者氏名 (変更前) | (フリガナ) (氏) | (名) | | | | | | | | | |
| | ⑤ 性別 | 1.男 2.女 | ⑥ 被扶養者 | 有・無 | ⑦ 被保険者証の作成 | 不要 0 要 1 | ⑧ 備考 | | | | | |

| | | | |
|------------|----------|--------|-----|
| 変更後 | ⑨ 変更後の氏名 | (フリガナ) | |
| | | (氏) | (名) |

※報道健保への届出については個人番号は記入しないでください。

記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号は下図を参考にご記入ください。
事業主の押印は、署名（自署）の場合は省略できます。

| | |
|---------------|-------|
| 健康保険 事業所記号 | 1 6 2 |
|---------------|-------|

①被保険者番号 : 被保険者番号（被保険者証の番号）をご記入ください。

②個人番号
[基礎年金番号] : 個人番号（基礎年金番号）の記入は不要です。

③被保険者氏名
(変更前) : 変更前の氏名をご記入ください。（フリガナはカタカナでご記入ください。）

④被保険者
生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| 5.昭和 7.平成 9.令和 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|

⑤性別 : 該当する番号を○で囲んでください。

⑥被扶養者 : 氏名変更届提出の際、被扶養者がいる場合は「有」に○をし、保険証を添付してください。被扶養者がいない場合は「無」に○をしてください。

⑨変更後の氏名 : 変更後の住民票に登録されている氏名をご記入ください。（フリガナはカタカナでご記入ください。）