

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険 ☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 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		
	事業所 所在地		
	事業所 名 称		
	事業主 氏 名		
	電話番号	( )	

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏 名 等

被保険者情報	① 被保険者 番 号					② 氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	
	③ 生年月日	昭和 平成 令和		年		月	日	④ 性別 男・女	※変更・訂正対象者が被保険者の場合は⑤対象者氏名欄に同上と記入してください。 被扶養者の場合は、⑤～⑧をご記入ください。
変更・訂正前	⑤ 対象者 氏 名	(フリガナ) (氏)				(名)			⑥ 性 別 男・女
	⑦ 生年月日	昭和 平成 令和		年		月	日	⑧ 備考	

変更・訂正後	⑨ 対象者 氏 名	(フリガナ) (氏)				(名)			⑩ 資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
										※必ず裏面をご確認ください

【注意事項】  
資格確認書を交付されている方は、お手元にある資格確認書を必ず添付してください。

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。

事業所記号	1	6	2
-------	---	---	---

届書の題名について：該当する区分「☐被保険者または☐被扶養者」にチェックを入れてください。

①被保険者番号：資格取得時に払い出しされた被保険者番号を必ず記入してください。

②被保険者氏名：資格取得時に手続きした氏名又は誤っている氏名をご記入ください。

③被保険者生年月日：該当する年号を○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。

<div>昭和 平成 令和</div>	6	3	0	5	0	3
	年		月		日	

④被保険者性別：性別を○で囲んでください。

⑤対象者氏名：変更(訂正)前の対象者の氏名をご記入ください。なお、対象者が被保険者の場合「同上」とご記入ください。

⑥対象者性別：訂正する対象者の性別をご記入ください。なお、対象者が被保険者の場合ご記入は不要です。

⑦対象者生年月日：該当する年号を○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。なお、対象者が被保険者の場合ご記入は不要です。

<div>昭和 平成 令和</div>	0	1	0	3	0	4
	年		月		日	

⑨対象者氏名：変更(訂正)後の氏名をご記入ください。

⑩資格確認書発行：資格確認書の発行が必要な場合(※)は「☐発行が必要」にチェックを入れてください。

要 否 ※以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者