

被保険者等氏名変更(訂正)届

令和 年 月 日 届

マイナ保険証が使えない対象者 : 資格確認書交付申請書の提出も必要です。
マイナ保険証が使える対象者 : 資格確認書交付申請書の提出は不要です。

確認欄 (チェック)	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者証		事業所・所属	被保険者氏名		被保険者郵便番号	被保険者住所
記号	番号		(フリガナ)			
			(氏名)		+	
					連絡先(勤務先)	()

	変更後氏名		性別	生年月日				続柄	変更前氏名		変更の理由
				元号	年	月	日				
被 保 険 者	(フリガナ)		男	昭				/	(フリガナ)		
	(氏名)			平					(氏名)		
	個人番号		女	令							
被 扶 養 者 ①	(フリガナ)		男	昭					(フリガナ)		
	(氏名)			平					(氏名)		
	個人番号		女	令							
被 扶 養 者 ②	(フリガナ)		男	昭					(フリガナ)		
	(氏名)			平					(氏名)		
	個人番号		女	令							
被 扶 養 者 ③	(フリガナ)		男	昭					(フリガナ)		
	(氏名)			平					(氏名)		
	個人番号		女	令							

事業主の証明欄	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	連絡先

※健保組合処理欄	決裁 ①	常務理事	事務長	審査	担当
	令和 年 月 日				
	決裁 ②				
	令和 年 月 日				

健保受付日付印