

適7

被保険者の記号・番号(枝番は不要)を右詰め(頭0なし)で記入してください

被保険者の氏名が変更(訂正)による場合は新氏名を記入してください

右枠内の①・②を確認のうえ確認欄□にレ点(チェック)を記入してください

ジェイティ健康保険組合 理事長 殿

被保険者等氏名変更(訂正)届

令和 9 9 年 9 9 月 9 9 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	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。
(チェック)	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input checked="" type="checkbox"/>	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)	9 9 9 9 9 9 9	〇〇県××市△△町 1-2-3 ◇◇マンション201		
9	9	日本たばこ産業株式会社	ケンポ ハナコ		9 9 9 9 9 9 9		9 9 9 (8 8) 7 7 7 7	
9	1	××支店 △△営業部	健 保 花 子		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
	(フリガナ)	(氏名)		元号	年	月		日	(フリガナ)	
被保険者	ケンポ	ハナコ	男	昭				ゲンキ	ハナコ	結婚したため
		健 保 花 子	女	平	9	9	9	元 気 花 子		
被①			男	昭						
扶②			女	平						
者③										

変更前の氏名を記入してください

変更後の氏名を楷書で記入してください

具体的に記入してください

必ず個人番号(マイナンバー)を記入してください

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

・**在職中の方**は会社の証明が必要です。(事業主を通じてご提出ください。)
 ・**任意継続被保険者の方**は証明不要です。
 旧姓から新姓への変更事実が確認できる公的書類(例:戸籍謄本等)を添付して、ジェイティ健康保険組合へ直接ご提出ください。