

提出先:事業所(会社)

R6-2改定

健保捺印欄	常務理事	事務長		担当者

## 健康保険 被保険者 被扶養者 氏名変更(訂正)届

太枠内を記入してください

提出日 令和 年 月 日

被保険者 記号番号	記号	番号	被保険者 氏名	
変更事由			変更事由 発生日	令和 年 月 日
変更対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(続柄: )			『資格確認書』の交付要否 マイナ保険証を持っていない 場合のみ交付可 <input type="checkbox"/>
変 更 前		⇨	変 更 後	
フリガナ	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名				
届出書類	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険被保険者氏名変更(訂正)届...本紙 <input type="checkbox"/> 被保険者証 または 資格確認書...交付されている場合は、必ず添付し返却してください。 <input type="checkbox"/> 住民票...コピー可 (氏名訂正の場合のみ必須。その他、変更事由によっては提出をお願いする場合があります。)			
備考				

事業主記入欄	令和 年 月 日
	上記、被保険者からの申請内容を確認し事実と相違のないため、この届出書を提出します。  事業所所在地 干 事業所名称 事業主氏名 電話番号
	担当(確認)者氏名

健保使用欄	健保確認印	健保受付印	旧保険証返却日	備考