

健康保険 被保険者証等記載事項変更(訂正)届

決 裁		
常務理事	事務長	担当者

被保険者の記号・番号	記号	番号	資格確認書 発行要否 ※ 要 不要
			変更(訂正)事項 該当する項目を○で囲んでください
フリガナ			ア. 氏 名 ※フリガナを付けてください
被保険者の氏名			イ. 住 所
被保険者の現住所			ウ. 生年月日
勤務先の事業所名			エ. その他 ()

変 更 (訂 正) 等 の 内 容

フリガナ	
新	〒 _____
旧	
変更(訂正)の理由	

事業主の証明

届出日

年

月

日

上記のとおり相違ないことを証明いたします	
事業主の住所、名称	

受付日付印

※資格確認証が必要な方は「要」に、不要の場合は「不要」に○をお願いします

次に該当する場合に限り(氏名変更の方に限り)

- ・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