

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
	〇〇〇	〇〇〇〇	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	ケンポ タロウ		☒ ア 氏 名 ※フリガナを付けてください
被保険者の氏名	健保 太郎		イ. 住 所
被保険者の現住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇		ウ. 生
勤務先の事業所名	〇〇〇〇		エ. そ

下部の※に該当する方を○で囲んでください。

変 更 (訂 正) 等 の 内 容

フリガナ	フジ タロウ
新	〒 _____ 富士 太郎
旧	
変更(訂正)の理由	入籍のため

事業主の証明

届出日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

受付日付印

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	

※ 資格確認書が必要な方は「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ます(氏名変更の方に限ります)

- ・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