

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	係員

## 健康保険 氏名・カナ変更(訂正)届

被保険者等記号・番号	—	被保険者 氏名				
------------	---	------------	--	--	--	--

届出区分	(被保険者の 氏名・カナ・生年月日) の(変更・訂正)					
	(被扶養者の 氏名・カナ・生年月日・続柄) の(変更・訂正)					

変更 (訂正) 前	フリガナ					続柄
	氏名					
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
変更 (訂正) 後	フリガナ					続柄
	氏名					
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					

備考						
----	--	--	--	--	--	--

事業所所在地	—
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

組合受付印

社会保険労務士の提出代行者

(注)

1. この届出は変更のあった日から5日以内にご提出してください。
2. 被保険者等記号・番号は、1.マイナポータル、2.資格情報のお知らせ、3.資格確認書(健康保険証)のいずれかで確認し記入してください。
3. 変更(訂正)後の欄には変更(訂正)箇所のみご記入してください。
4. 【氏名・カナ・生年月日変更(訂正)の場合に添付して提出する書類】  
・資格確認書(健康保険証)が交付されているときは、該当する方の「資格確認書(健康保険証)」