

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  
生年月日・続 柄

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)
- 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。
  - 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。
  - 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。
  - 【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)」