

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

健康保険 氏名・生年月日・性別  
変更届  
訂正

|                                    |                    |             |                              |                      |       |
|------------------------------------|--------------------|-------------|------------------------------|----------------------|-------|
| 記号                                 | 番号                 | 被保険者の氏名     | 資格取得年月日                      | 社員コード                | 事業所名称 |
|                                    |                    | ⑩           | 昭和・平成・令和<br>年 月 日            |                      |       |
| 変更・訂正 種別                           | 変更・訂正 対象者          | 変更・訂正 年月日   | 変更・訂正 理由                     |                      |       |
| 1. 氏名変更・訂正<br>2. 生年月日訂正<br>3. 性別訂正 | 1. 被保険者<br>2. 被扶養者 | 令和<br>年 月 日 |                              |                      |       |
| 変更・訂正 前                            |                    |             | 変更・訂正 後 (変更・訂正後の箇所のみご記入ください) |                      |       |
| 氏名                                 |                    | 性別          | 生年月日                         | 氏名                   |       |
| フリガナ                               |                    | 男女          | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日         | フリガナ                 |       |
|                                    |                    |             |                              | 男女                   |       |
| 昭<br>平<br>令<br>年 月 日               |                    |             |                              | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日 |       |
| フリガナ                               |                    | 男女          | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日         | フリガナ                 |       |
|                                    |                    |             |                              | 男女                   |       |
| 昭<br>平<br>令<br>年 月 日               |                    |             |                              | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日 |       |
| フリガナ                               |                    | 男女          | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日         | フリガナ                 |       |
|                                    |                    |             |                              | 男女                   |       |
| 昭<br>平<br>令<br>年 月 日               |                    |             |                              | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日 |       |

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|

※ 変更・訂正の場合は、それを証明する書類（住民事項証明書の写し・免許証のコピー等）を添付してください。  
※ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。

|                              |
|------------------------------|
| 上記の変更・訂正について、事実相違ないことを証明します。 |
| 令和 年 月 日                     |
| 事業所所在地                       |
| 事業所名称                        |
| 事業主氏名                        |
| ⑩                            |

——受付日付印——