

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
12	1234	健保 花子 ⑩	昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日	12345	〇〇〇〇〇〇株式会社
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 2. 生年月日訂正 3. 性別訂正	1. 被保険者 2. 被扶養者	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	婚姻のため		
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	性別	生年月日
フリガナ ヤマダ ハナコ 山田 花子	男 女	昭 平 〇〇年〇〇月〇〇日 令	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	男 女	昭 平 年 月 日 令
フリガナ	男 女	昭 平 年 月 日 令	フリガナ	男 女	昭 平 年 月 日 令
フリガナ	男 女	昭 平 年 月 日 令	フリガナ	男 女	昭 平 年 月 日 令

※ 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 **マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入 (個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)**

※ 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、事実に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——