常務理事	事務長	担当者

健康保険 氏名・生年月日 変更 訂正 届

【依頼事項】被保険者記号番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします

被保険者記号－番号	被保険者の氏名
１２－１２３４	健保　花子

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 ○○年○○月○○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	生年月日	氏名	生年月日
ﾌﾘｶﾞﾅ ﾔﾏﾀﾞ ﾊﾅｺ 山田　花子	昭 平　年　月　日 令	ﾌﾘｶﾞﾅ ｹﾝﾎﾟ ﾊﾅｺ 健保　花子	昭 平　年　月　日 令
ﾌﾘｶﾞﾅ 	昭 平　年　月　日 令	ﾌﾘｶﾞﾅ 	昭 平　年　月　日 令
ﾌﾘｶﾞﾅ 	昭 平　年　月　日 令	ﾌﾘｶﾞﾅ 	昭 平　年　月　日 令

※ 事業所記号、被保険者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。
※ 訂正する場合、二重線で消して訂正印を押してください。

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

―― 受付日付 ――