

常務理事	課長	係長	係

健康保険 被保険者 氏名変更(訂正)届
被扶養者

◎記入方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。

①健康保険被保険者証の記号 (事業所整理記号)	②健康保険被保険者証の番号 (被保険者整理番号)	③個人番号(または基礎年金番号)	④生年月日	⑦種別 (性別)	
			年 月 日 昭.5 平.7 令.9	1. 男 2. 女	
⑤被保険者または被扶養者の氏名 (変更後)	(氏) (名)	⑧変更前の氏名	(氏) (名)	⑥健康保険被保険者証の作成 要 0 不要 1	⑨備考
	(フリガナ)		(フリガナ)		

住所が変更している場合ご記入ください。
〒 -

令和 年 月 日 提出

※被保険者証を添付してください。

受付日付印

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名 (印)

電話 (局) 番

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

社会保険労務士記載欄

氏名等 (印)

【記入の方法】

1 ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳に等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。

2 ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、平成12年3月4日生まれの場合は、

「

昭和.5	年	月	日
平成.7	1	2	0
令和.9	3	0	4

」のように記入してください。

3 ⑤と⑥の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

4 ⑦は、被保険者整理番号又は年金手帳の基礎年金番号の通知をまだ受けてないときは、その旨を記入してください。

5 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。