

## 健康保険 被保険者・被扶養者氏名変更(訂正)届

常務理事	事務長	グループ統括	課長	係長	担当

① 事業所記号		② 被保険者等番号		③ 生 年 月 日 元号   年   月   日		④ 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※マイナ保険証未登録の方のみチェックをしてください。	
⑤ 対象者の氏名 (変更後)	(氏)	(名)		⑥ 変更前の氏名	(氏)	(名)	
	(フリガナ)				(フリガナ)		
						変更・訂正の理由	

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

※ 「資格確認書」が交付されている方は、この届出と一緒に添付してください。なお、マイナ保険証を利用登録したため、自己廃棄された場合は、以下に☑してください。

マイナ保険証を利用登録したため、自己廃棄

受付日付印

社会保険労務士記載欄 氏名等

--