

常務理事	事務長	業務部長	適用課長	扱 者

健康保険 被保険者 氏名変更届
被扶養者

受付日

令和 年 月 日 提出

事業所記号	
事業所所在地	社会保険労務士記載欄
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号 ()	

※事業所記号・被保険者番号を記載した場合は、個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。

被 保 険 者	番号		氏名	
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	※個人番号
	(フリガナ)	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要		
	変更後の氏名	回収状況	(健保記入欄) 回収 未回収	

◎被扶養者の氏名を変更する場合は、以下の記入をお願いいたします。

被 扶 養 者 ①	変更前の氏名		続柄	
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	※個人番号
	(フリガナ)	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要		
	変更後の氏名	回収状況	(健保記入欄) 回収 未回収	

被 扶 養 者 ②	変更前の氏名		続柄	
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	※個人番号
	(フリガナ)	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要		
	変更後の氏名	回収状況	(健保記入欄) 回収 未回収	

被 扶 養 者 ③	変更前の氏名		続柄	
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	※個人番号
	(フリガナ)	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要		
	変更後の氏名	回収状況	(健保記入欄) 回収 未回収	

【事業主記載欄】

確認 (チェック)欄 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者に届出意思を確認しました。 記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。
--	--

◎資格確認書の発行が必要な方は「資格確認書発行要否」欄に☑してください。

◎既に資格確認書の交付を受けている方は、資格確認書を添付してください。