

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 被扶養者 氏名変更届

受付日

【記載事項について】

- ◎被保険者の記号-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。
- ◎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、下記から必要な理由を選択してください。注）「マイナ保険証」を利用できる方（理由7を除く）は交付できません。
 - 1.マイナンバーカードを紛失したため
 - 2.マイナンバーカードの更新手続き中のため
 - 3.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
 - 4.マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
 - 5.マイナンバーカードを作っていないため
 - 6.マイナンバーカードを返納したため
 - 7.マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため
 - 8.資格確認書を滅失・棄損したため
- ◎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。

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	記号-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) 変更後の氏名				資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要									
					発行が必要な理由	1・2・3・4・5・6・7・8									
				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) 変更後の氏名				資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要									
					発行が必要な理由	1・2・3・4・5・6・7・8									
				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) 変更後の氏名				資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要									
					発行が必要な理由	1・2・3・4・5・6・7・8									
				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) 変更後の氏名				資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要									
					発行が必要な理由	1・2・3・4・5・6・7・8									
				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"/>	・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。
--	--

事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号	()		

社会保険労務士記載欄