

健康保険 被保険者（被扶養者）

氏名・住所
生年月日
個人番号

変更・訂正届

常務理事	事務長		担当

記入例

の方が該当する場合のみ健康保険組合にご提出下さい

記号	100	番号	1234	被保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成したものである。又は、記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。																												
変更後					変更前																												
フリガナ		性別	世帯	生年月日			続柄	フリガナ		性別	世帯	生年月日			続柄																		
姓	名			年	月	日		姓	名			年	月	日																			
ケンボ	ハナコ	男	同居	昭和			養子	コウネン	ハナコ	男	同居	昭和			妻の長女																		
健保	花子	女	別居	平成	1	2	0	7	0	7	厚年	花子	女	別居	平成	1	2	0	7	0	7												
変更理由	婚姻により養子となったため			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8	7	6	個人番号					5	6	7	8	9	8	7	6	5	4	3	2
被保険者または被扶養者の氏名・生年月日・続柄等をご記入ください。																																	
変更理由				個人番号													個人番号																
変更する理由をご記入ください。																																	
住所		〒 〇〇〇-〇〇〇			ご住所をマンション名・部屋番号までご記入ください																												
住所		〒 〇〇〇-〇〇〇			ご住所をマンション名・部屋番号までご記入ください																												
携帯電話		XXX-XXXX-XXXX			携帯電話										XXX-XXXX-XXXX																		

事業所の確認	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話

〈注意事項〉	
提出先	事業所担当者
提出期限	異動を生じた日から5日以内
対象者に氏名変更があった場合は旧姓の被保険者証を添付してください	

令和 年 月 日提出
受付日付印