

**健康保険 被保険者(被扶養者)
氏名変更届・生年月日訂正届**

常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	担 当 者

☐氏名変更 ☐生年月日訂正 ※変更(訂正)前の有効期限内の「保険証」は必ず添付してください

① 被保険者証の記号	② 被保険者証の番号	③ 事業所(会社)名称		④ 生 年 月 日			⑦変更する方の 性別	
				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	☐ 男 ☐ 女
⑤ 変更後の氏名	(フリガナ)			(氏)	(名)		⑦ 変更理由	
誰の氏名変更ですか ☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	(氏)	(名)	⑧ 変更前の氏名					
資格確認書発行要否	☐ 必要	【発行理由を☑】マイナンバーカードの ☐ 未所持 ☐ 返納した ☐ 有効期限切れ ☐ その他()						

※被保険者が氏名変更したときは、被扶養者の「保険証」を回収しますので、必ず添付してください。→被扶養者の保険証(枚)添付

事業所所在地		令和 年 月 日 提出	
事業所名称		社会保険労務士記載欄 氏名等	
事業主氏名			
電 話			
	担当者名		
		受付日付印	

【記入の方法】 1. ③は勤務している会社名を記入してください。(出向者は出向元の会社名を記入する。)
2. ④の元号および㉞は、該当する欄に☑をしてください。
3. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。
4. ㉟は、氏名変更・生年月日訂正の理由を記入してください。