

常務理事	事務長	担当者	

# 健康保険 被保険者 各種変更届

## 被扶養者

( 氏名 ・ 住所 ・ 生年月日 )

提出日 年 月 日

被保険者証等の記号	被保険者証等の番号	被保険者氏名			生年月日						
					昭和 平成	年 月 日					
住所変更 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	〒				変更年月日						
				TEL	令和	年 月 日					
変更後				変更前							
氏名		生年月日		続柄		氏名		生年月日		続柄	
フリガナ		昭和	年 月 日		フリガナ	昭和	年 月 日		昭和	年 月 日	
		平成				平成			平成		
		令和				令和			令和		
フリガナ		昭和	年 月 日		フリガナ	昭和	年 月 日		昭和	年 月 日	
		平成				平成			平成		
		令和				令和			令和		
フリガナ		昭和	年 月 日		フリガナ	昭和	年 月 日		昭和	年 月 日	
		平成				平成			平成		
		令和				令和			令和		
フリガナ		昭和	年 月 日		フリガナ	昭和	年 月 日		昭和	年 月 日	
		平成				平成			平成		
		令和				令和			令和		

### (注意事項)

- \* この届出は被保険者から変更の申出があり次第、すみやかにご提出ください。  
(氏名変更・生年月日変更の場合は、被保険者証等を添えてください。ただし、資格情報のお知らせは添付不要です。)
- \* 被保険者氏名が変更(訂正)となる場合で、その者に被扶養者がいる場合は被保険者の被保険者証だけでなく、被扶養者の被保険者証等も併せて添付してください。(被扶養者の被保険者証等には、被保険者氏名が記載されているため)ただし、資格情報のお知らせは添付不要です。
- \* 氏名変更の場合は、生年月日の記入は省略しても構いません。
- \* 退職後に提出される場合は、事業所欄に届出者の住所、氏名、電話番号を記入してください。
- \* 当健康保険組合では、年に一度マイナンバー制度を利用して、皆様の住民票の住所を取得いたします。

(事業所欄)	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	( )

受付日付印