

健 保 使 用 欄	常務理事			担当者

健康保険 被保険者 被扶養者 登録事項変更(訂正)届

※ 有効な健康保険証または資格確認書をお持ちの方は添付してください。
※ マイナ保険証(マイナンバーカードに保険証の利用登録をしたもの)を利用することができない方は、別途「資格確認書交付申請書」を一緒に提出してください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号一番号	記号 番号 —	被保険者氏名 及び生年月日	フリガナ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	事業所 名称		所 属 電話番号 (日中の連絡先)	— —

申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 申請誤り <input type="checkbox"/> その他 ()	備 考 欄	
------------------	---	-------------	--

変 更 ・ 訂 正 を 申 請 す る 対 象 者	氏 名	変更内容	変更(訂正)後
	フリガナ (氏)	<input type="checkbox"/> 氏 名	フリガナ (氏)
	(名)	<input type="checkbox"/> 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> その他	
	氏 名	変更内容	変更(訂正)後
	フリガナ (氏)	<input type="checkbox"/> 氏 名	フリガナ (氏)
	(名)	<input type="checkbox"/> 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> その他	
	氏 名	変更内容	変更(訂正)後
フリガナ (氏)	<input type="checkbox"/> 氏 名	フリガナ (氏)	
(名)	<input type="checkbox"/> 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> その他		

・この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所
所在地
名 称
事業主
氏 名

令和 年 月 日提出

受 付 印