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				
被保険者等記号ー番号	記号 300 ― 番号 123456	被保険者氏名及び生年月日	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子 □ 昭和 ☑ 平成 8 年 2 月 24 日	
事業所名称	綜合警備保障株式会社	所属	○○○支社 □□□営業所	
		電話番号(日中の連絡先)	○○○ ― △△△ ― ××××	

申請理由			
☑ 結婚	□ 離婚	□ 申請誤り	
□ 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 クミアイ (氏) 組合	フリガナ ハナコ (名) 花子	☑ 氏名	フリガナ ケンポ (氏) 健保	フリガナ ハナコ (名) 花子
		□ 生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	
		□ その他		

氏名		変更内容	変更(訂正)後	
フリガナ (氏)	フリガナ (名)	□ 氏名	フリガナ (氏)	フリガナ (名)
		□ 生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	
		□ その他		

氏名		変更内容	変更(訂正)後	
フリガナ (氏)	フリガナ (名)	□ 氏名	フリガナ (氏)	フリガナ (名)
		□ 生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	
		□ 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