健康保険 被保険者 被扶養者 氏名・生年月日・性別 変更

常務理事	事務長	係

被保険者等の記号・番号								被保険者氏名（変更後の）

変更【 訂正 】理由（該当理由に✓を入れて下さい）	☐ 結婚　☐ 離婚　☐ 養子縁組　☐ 誤届 ☐ 性別　☐ その他（　　）	※ 左記、性別の場合、戸籍上の裁判裁定【発行】日（性別変更日） 令和　　年　　月　　日

※発行が必要な場合 ✓

資格確認書発行の要否
☐ 発行が必要

変更後（訂正 後）				変更前（訂正 前）			
氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
（フリガナ）	男・女	昭和 平成　年　月　日	本人	（フリガナ）	男・女	昭和 平成　年　月　日	本人
（フリガナ）	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日		（フリガナ）	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	
（フリガナ）	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日		（フリガナ）	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	
（フリガナ）	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日		（フリガナ）	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	

届出には証明書類が必要となる場合があります。添付書類については、健康保険組合にお問合せ下さい。

令和　　年　　月　　日 提出

受付日付印

事業所所在地 事業所名称 事業主名	

社会保険労務士記載欄	

※資格確認書の交付対象者（オンライン資格確認を受けることができない状況にある方）

- マイナンバーカードを取得していない方
- マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方
- マイナンバーカードを紛失した・更新中の方
- マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている方
- マイナ保険証の利用登録解除を申請した方
- マイナンバーカードを返納した方
- マイナ保険証での受診が困難、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を援助する必要がある方