

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）	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 誤届	※ 左記、性別の場合、戸籍上の裁判裁定【発行】日（性別変更日）
	<input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> その他（ ）	令和 年 月 日

変更後（訂正 後）				資格確認書発行 の要否 ※1 (発行が必要な場合 ✓)	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	<input type="checkbox"/> 発行が必要	(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	<input type="checkbox"/> 発行が必要	(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	<input type="checkbox"/> 発行が必要	(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	<input type="checkbox"/> 発行が必要	(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。

事業所所在地 事業所名称 事業主名		令和 年 月 日 提出		
		受付日付印		
		社会保険労務士 記載欄		

令和 年 月 日 提出

受付日付印

※1 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の電子証明書の有効期限が切れている方 |
| ・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紛失した・更新中の方 | ・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 | |