

健康保険 氏名変更(訂正)・性別・生年月日訂正届

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	主任	担当者

記号・番号を記入してください。

◎健康保険被保険者証を添付してください。

被 保 険 者	事業所記号	被保険者番号							資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/>
	1	2345	変更・訂正前			変更・訂正後				
	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄		
健保 花子(ケンボ ハナコ)	男・女	昭和 33年 6月 9日	本人	金属 花子(キンゾク ハナコ)	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日			

変更・訂正になった該当箇所にご記入ください。

被 扶 養 者	変更・訂正前				変更・訂正後				
	氏名(カナ)	性別	生年	続柄	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄	
		男・女	昭和 平成 令和			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	
	氏名(カナ)	資格確認書の発行が必要な場合(※)はチェックをつけてください。 ※以下に該当する場合に限りです。 ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者。 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険の利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者。						続柄	
	氏名(カナ)							日	
	氏名(カナ)							続柄	
	氏名(カナ)							日	
氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄		
	男・女	昭和 平成 令和			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		
氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄		
	男・女	昭和 平成 令和			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		

事 業 主	〒	530-0000
	事業所等所在地	大阪府大阪市北区〇〇2-2-2
	事業所名称	株式会社 〇〇金属
	事業主等氏名	代表取締役 健保太郎
	電話	06 (0000) 0000

令和 年 月 日提出

受付印

社会保険労務士の提出代行者印

受付印

※退職後に提出される場合は、届出者の住所、氏名を記入してください。