# 健康保険　被保険者 被扶養者　氏名・生年月日 変更（訂正）届

令和　　年　　月　　日 提出

受 付 印

| 提出者記入欄 | |
|---|---|
| 事業所所在地 | |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話番号 | |

| 保険証の記号 番号 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | – | | | | | |

社会保険労務士記載欄

氏 名 等

※ 被保険者を変更する場合は、以下の記入をお願いします。

| 被保険者 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 変更後の生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 |
| 変更後の氏名 | (氏) | (名) | | | | | |
| 変更前の氏名 | | | 変更前の生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 |

※ 被扶養者を変更する場合は、以下の記入をお願いします。

| 被扶養者① | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 変更後の生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 |
| 変更後の氏名 | (氏) | (名) | | | | | |
| 変更前の氏名 | | | 変更前の生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 |

| 被扶養者② | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 変更後の生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 |
| 変更後の氏名 | (氏) | (名) | | | | | |
| 変更前の氏名 | | | 変更前の生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 |

| 被扶養者③ | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 変更後の生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 |
| 変更後の氏名 | (氏) | (名) | | | | | |
| 変更前の氏名 | | | 変更前の生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 |
| 備考 | | | | | | | |

◎ 本届には必ず、「**保険証**」を添付してください。（フリガナのみの場合は不要です）
被保険者の氏名変更の場合 → 被保険者・被扶養者含め全員の保険証
被扶養者の氏名変更の場合 → 変更する被扶養者の保険証
生年月日訂正の場合 → 変更する方の保険証

（R5.5）

長野県卸商業団地健康保険組合