

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者・被扶養者 氏名変更（訂正）届

被 保 険 者 番 号	〇〇〇・〇〇〇	被 保 険 者 氏 名	電 設 花 子
-------------	---------	-------------	---------

資格確認書の発行が必要な
際にチェックしてください

	変更（訂正）後氏名	続柄	変更（訂正）前氏名	変更（訂正）理由	資格確認書 発行要否
本 人	フリガナ デンセツ ハコ	本人	フリガナ ケンボ ハコ	婚姻のため氏に変更となった	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	電 設 花 子		健 保 花 子		
被 扶 養 者	フリガナ		フリガナ		<input type="checkbox"/> 発行が必要
	フリガナ		フリガナ		<input type="checkbox"/> 発行が必要
	フリガナ		フリガナ		<input type="checkbox"/> 発行が必要

※ 被保険者及び被扶養者の氏名の変更（訂正）に係る届出は、こちらの様式を使用してください。
 ※ 被保険者の資格取得時ならびに被扶養者の扶養認定時等の氏名訂正については、この様式は使用できません。

事業所所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇
 事業所名称 〇〇〇〇 株式会社
 事業主氏名 健保 一郎
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

資格確認書発行要否

資格確認書の発行が必要な場合は「発行が必要」にチェックを入れてください。
 以下に該当する場合に限ります。

- ・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証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
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者