

## 健康保険（被保険者・被扶養者）氏名変更（訂正）届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

事業所名	被保険者等 記号・番号	被保険者氏名
○○○○株式会社	○○ - ○○○○	(フリガナ) <span style="color: red;">ケンポ ハナコ</span>
		(氏名) <span style="color: red;">健 保 花 子</span>

(注)変更後(最新)の氏名を記入して下さい。

<変更対象者>

変更後の氏名	変更前の氏名	続 柄
(フリガナ)	(フリガナ) <span style="color: red;">ミツビシ ハナコ</span>	本 人
(氏名)	(氏名) <span style="color: red;">三 菱 花 子</span>	
生年月日	変更事由	変更年月日
<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <span style="color: red;">○○ 年 ○○ 月 ○○ 日</span>	結 婚	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <span style="color: red;">○○ 年 ○○ 月 ○○ 日</span>

(注1)氏名変更者(変更者が被扶養者の場合は被扶養者)について記入して下さい。

(注2)被保険者の氏名変更の場合は「変更後の氏名」及び「続柄」欄への記入は不要です。

(注3)変更者が被扶養者の場合は、変更内容の証明となる書類(住民票、戸籍抄本、戸籍謄本等)を添付のうえ提出して下さい。

資格確認書の保有状況 (該当する項目に✓印をご記入ください)	資格確認書の有効期限 (該当する項目に✓印をご記入ください)	添付(返却)書類
<input checked="" type="checkbox"/> A. 当健保より資格確認書が交付されている	<input checked="" type="checkbox"/> 有効期限内	当健保交付の資格確認書(原本)
	<input type="checkbox"/> 有効期限が切れている	添付なし
<input type="checkbox"/> B. 当健保より資格確認書が交付されていない		添付なし

◆氏名変更後、当健保より交付するもの◆

マイナ保険証の保有状況 (保有状況は国から通知されるデータで確認します)	当健保より交付するもの
マイナ保険証を保有している場合	交付なし(※)
マイナ保険証を保有していない場合	氏名変更後の「資格確認書」を交付します。

(※)当健保にてマイナ保険証の情報(氏名)を更新しますので、医療機関受診の際はそのままマイナ保険証をご使用ください。

健 保 組 合	常務理事	事務長	担 当	健保受付

事業所受付欄