

記入例

健康保険 事務	常務理事	事務長	担当	担当

健康保険 被保険者 氏名 変更(訂正)届

被保険者等	記号	100	番号	9999	令和 7 年 2 月 10 日 提出							
(フリガナ)	タクマ サチコ				生年月日	昭和						
変更(訂正)後の氏名	田熊 幸子					平成	13	年	4	月	15	日
変更(訂正)前の氏名	山本 幸子				変更日	令和	7	年	2	月	7	日
変更(訂正)の理由	結婚による				※資格確認書発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要						

- ◎ 下記書類(①か②のいずれか)を添付し、各事業所の人事(総務)経由でご提出ください。
- ① 住民票のコピー
 - ② 婚姻届受理証明書等の公的証明書のコピー
- ◎ 有効期限内の「健康保険証」(限度額適用認定証、高齢受給者証含む)、また「資格確認書」をお持ちの方は、届出とあわせてご返却ください。

※ 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]

- 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を返納した方。
- 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、利用登録解除を申請した方、利用登録を解除した方。
- マイナンバーの電子証明書の有効期限切れの方。

事業所所在地	上記のとおり相違ありません
事業所名称	
事業主氏名	

被保険者の勤務先の人事(総務)に
記入してもらってください

健康受付印
