



常務理事	事務長	部長	課長		担当者

健康保険 被保険者 氏 名 変更(訂正)届
 生年月日

① 被保険者等	記号	番号		
	氏 名		生 年 月 日	
② 変更(訂正)前	フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 平成	
③ 変更(訂正)後	フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 平成	
④ 回収区分	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 後日	<input type="checkbox"/> 返不能	⑤ 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
⑥ 備考				

- ※ 該当する□にチェック☑してください。
- ※ ③欄は変更(訂正)の箇所のみ記入してください。
- ※ 資格確認書(および被保険者証)をお持ちの方は、添付してください。
- ※ ⑤資格確認書発行要否欄について
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☑してください。
*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方、マイナンバーカードを返納された方
 - ・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された方、利用登録解除された方
 - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		

社会保険労務士の提出代行者

受付年月日