



常務理事	事務長	部長	課長		担当者

健康保険 被扶養者 変更(訂正)届

氏名  
 生年月日  
 続柄

① 被保険者等	記号		番号	
② 被保険者氏名				

※該当する□にチェック☑してください。  
 ※④欄は変更(訂正)の箇所のみ記入してください。  
 ※被保険者証を添付してください。

		氏名	生年月日	続柄
被扶養者	③ 変更(訂正)前	刃がナ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	④ 変更(訂正)後	刃がナ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	⑤ 回収区分	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日 <input type="checkbox"/> 返不能	⑥ 資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
⑦ 備考				

- ※ 該当する□にチェック☑を入れてください。
- ※ 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。
- ※ ⑥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