

被保険者 氏名変更
 健康保険 届
 被扶養者 生年月日訂正

変更・訂正を希望する方の、本人確認書類(運転免許証、パスポート、住民票などの写し)と被保険証を添付してください
(被保険者の漢字氏名を変更する場合は、被扶養者全員の被保険者証を添付してください。被扶養者の被保険者証も
差し替え発行する必要があります)

※文字の消えないペンで書いてください

記号	被保険者証番号	被保険者氏名	生年月日
91	7 6 5 4 3 2 1	健保 花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 0 1 0 6 1 0

任意継続: 91
特例退職: 92

変更・訂正を申請する対象者	フリガナ	氏名	生年月日	変更・訂正日
				申請理由
変更後 (訂正)	ケンポ	ハナコ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日
変更前 (訂正)	オオサカ	ハナコ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 申請誤り <input type="checkbox"/> その他()
変更後 (訂正)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日
変更前 (訂正)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 申請誤り <input type="checkbox"/> その他()
変更後 (訂正)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	令和 年 月 日
変更前 (訂正)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 申請誤り <input type="checkbox"/> その他()

令和 5 年 5 月 1 日提出

健保承認印

健保受付印