

健康保険 届

被保険者 氏名変更

被扶養者 生年月日訂正

※対象者の被保険者証を添付してください
 (被保険者の氏名を訂正・変更する場合は、被扶養者全員の被保険者証も添付してください)

※文字の消えないボールペンを用いて記入してください

記号	被保険者証番号	被保険者氏名	生年月日
10			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和

	フリガナ	生年月日	変更(訂正)日
	氏名		申請理由
変更・訂正を申請する対象者	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()
	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()

・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地
 事業所名称
 事業主(代理人)氏名
 事業所コード()

本件問合せ連絡先 (本件問合せに必要ですので、必ず記入してください)
 部署・担当者氏名
 電話連絡先

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

令和 年 月 日 提出

健保承認印

健保受付印

健康保険 届
□ 被保険者 □ 氏名変更
□ 被扶養者 □ 生年月日訂正

※対象者の被保険者証を添付してください
(被保険者の氏名を訂正・変更する場合は、被扶養者全員の被保険者証も添付してください)

※文字の消えないボールペンを用いて記入してください

Table with 4 columns: 記号, 被保険者証番号, 被保険者氏名, 生年月日. Includes a row for entry 10 and date selection options (昭和, 平成, 令和).

Table for change/correction details with columns: フリガナ (氏名), 生年月日, 変更(訂正)日, 申請理由. Includes rows for '変更・訂正を申請する対象者' with '変更後' and '変更前' sub-rows.

・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
事業所所在地
事業所名称
事業主(代理人)氏名
事業所コード()
本件問合せ連絡先 (本件問合せに必要ですので、必ず記入してください)
部署・担当者氏名
電話連絡先
※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

令和 年 月 日 提出

健保承認印

健保受付印