常務理事		事務長		課長		係長		係	
------	--	-----	--	----	--	----	--	---	--

健康保険 被保険者 氏名、生年月日、性別、続柄変更(訂正)届

記号 番号	記号 番号	被保険者氏名 変更(訂正)前	
----------	----------	-------------------	--

該当者の氏名 (フリガナ)		下記項目は変更(訂正)がある場合のみご記入ください。			変更年月日及び変更事由
		生年月日	性別	続柄	
変更 (訂正)前		☐ 1 昭和 ☐ 2 平成 ☐ 3 令和	☐ 1 男 ☐ 2 女		年 月 日
変更 (訂正)後	(フリガナ)	☐ 1 昭和 ☐ 2 平成 ☐ 3 令和	☐ 1 男 ☐ 2 女		

資格確認書発行要否	☐ 発行が必要
-----------	--------------------------------

※ 発行が必要に✓を入れた場合は別途「資格確認書交付申請書」の提出が必要です。
 また、資格確認書の発行は以下に該当する場合に限りです。

- ・ マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・ 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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

受付日付印

令和 年 月 日提出

【注意】
不要の文字は抹消してください。

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		