

(2023.10)

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 被保険者 氏名等変更(訂正)届 被扶養者

(生年月日・性別・続柄訂正届)

\*届出者(被保険者)名は変更前の氏名をご記入ください。  
\*変更する種別・対象欄は該当番号に○を付してください。

被保険者証の		被保険者の氏名		資格取得年月日		被保険者が勤務している事業所名称	
記号	番号			昭和 平成 令和	年 月 日		
変更(訂正)種別	変更(訂正)対象者	変更(訂正)年月日		変更(訂正)理由			
1.氏名変更・訂正 2.生年月日訂正 3.性別・続柄訂正	1.被保険者 2.被扶養者	令和 年 月 日					
変更後				変更前			
氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
フリガナ	男・女	昭平令 年 月 日		フリガナ	男・女	昭平令 年 月 日	
フリガナ	男・女	昭平令 年 月 日		フリガナ	男・女	昭平令 年 月 日	
フリガナ	男・女	昭平令 年 月 日		フリガナ	男・女	昭平令 年 月 日	
フリガナ	男・女	昭平令 年 月 日		フリガナ	男・女	昭平令 年 月 日	

令和 年 月 日 提出

事業所所在地

当該届の次の事項について確認しました。

- ・上記の記載内容に誤りがないこと。
- ・申請者(被保険者)本人が作成したこと、また記載内容について申請者(被保険者)本人が確認したこと。

事業所名称

事業主氏名