

常務理事	事務長		担当者

健康保険 被扶養者変更・訂正届

被保険者情報	被保険者証	記号	番号
	氏名		

<< 対象被扶養者 >>

変更年月日

年 月 日

該当する番号に○をつけてください

		変更・訂正前	変更・訂正後
1	氏名	フリガナ -----	フリガナ -----
2	生年月日	昭平令 年 月 日	昭平令 年 月 日
3	性別	男 ・ 女	男 ・ 女
4	続柄		
5	個人番号 (マイナンバー)	/	

※添付書類
健康保険被保険者証(1~3の場合)
変更が確認できる公的書類(コピー可)(1~5の場合)

★1~4の場合・・・『変更・訂正前』の欄は変更箇所のみを記入し、『変更・訂正後』の欄は1~4すべてを記入してください。

★5の場合・・・『変更・訂正後』の欄すべてを記入してください。

事業主欄	上記のとおり相違ないことを証明します。
	事業所住所
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号： ()

備考	
----	--

受付年月日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)