

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | |

健康保険 被保険者変更・訂正届

| | | | |
|--------|-------|----|----|
| 被保険者情報 | 被保険者証 | 記号 | 番号 |
| | 氏名 | | |

| 《変更・訂正後》 該当する番号に○をつけてください | | 変更年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-------------------------------------|------------------|---------------|---|---|---|
| 1 | 記号 - 番号 | | | | |
| 2 | 氏名 | フリガナ ----- | | | |
| 3 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| 4 | 性別 | 男 ・ 女 | | | |
| 5 | 取得年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| 6 | 個人番号 (マイナンバー) | | | | |

※添付書類
 健康保険被保険者証（1～5の場合）
 変更が確認できる公的書類（コピー可）（2～6の場合）

| | |
|------|---|
| 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。)