

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 〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇
	氏名	健保 愛子

<b>《変更・訂正後》</b> 該当する番号に○をつけてください		変更年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
1	記号 - 番号		
②	氏名	フリガナ <span style="color: red;">ミツビシ アイ</span> ----- <span style="color: red;">三菱 愛子</span>	
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。)