

健康保険組合 被保険者・被扶養者 氏名・生年月日訂正届

常務理事	事務長	担当

健康保険者等の 記号・番号	—	変更年月日	令和 年 月 日	【変更理由】					
変 更 後					変 更 前				
氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄	氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄
(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日	本人	(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日	本人
		平					令		
氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄	氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄
(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日		(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日	
		平					令		
氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄	氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄
(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日		(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日	
		平					令		
氏 名 (かな)	性別	扶養年月日		続柄	氏 名 (かな)	性別	扶養年月日		続柄
(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日		(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日	
		平					令		

受 付 印

(注意)
※健康保険資格確認書をお持ちの方は添付してください。
被保険者の氏名変更時、健康保険資格確認書をお持ちの被扶養者分も添付してください。
※マイナンバーカードと保険証を紐づけされている方は、申請後10日程で更新される為、マイナポータルの資格情報で訂正されているかご確認ください。
紐づけされていない方は、資格確認書を発行いたします。

事業所所在地
事業所名称

事業主氏名

* 訂正がある欄のみ記入願います。

健康保険組合 被保険者・被扶養者 氏名・生年月日訂正届

常務理事	事務長	担当

健康保険者等の 記号・番号	1 —————	*****	変更年月日	令和 8 年 7 月 1 日	【変更理由】	入籍の為			
変 更 後					変 更 前				
氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄	氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄
(ふりかな) だいわ はなこ	男・女	昭	年 月 日	本人	(ふりかな) けんぼ はなこ	男・女	昭	年 月 日	本人
大和 花子		平			健保 花子		令		
氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄	氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄
(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日		(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日	
		平					令		
氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄	氏 名 (かな)	性別	生年月日		続柄
(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日		(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日	
		平					令		
氏 名 (かな)	性別	扶養年月日		続柄	氏 名 (かな)	性別	扶養年月日		続柄
(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日		(ふりかな)	男・女	昭	年 月 日	
		平					令		

（注意）
※健康保険資格確認書をお持ちの方は添付してください。
被保険者の氏名変更時、健康保険資格確認書をお持ちの被扶養者分も添付してください。
※マイナンバーカードと保険証を紐づけされている方は、申請後10日程で更新される為、マイナポータルの資格情報で訂正されているかご確認ください。
紐づけされていない方は、資格確認書を発行いたします。

受 付 印

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

* 訂正がある欄のみ記入願います。