

健康保険 変更・訂正届【被扶養者用】

下記の通り、申請いたします。

					届出日（記入日）		令和	年	月	日			
記号		番号				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
(フリガナ)													
被保険者 氏名													
(〒 -)													
現住所													
現在の勤務地	名称												
	所在地												
〒 ()													
電話番号 (日中の連絡先)													
()													
該当被扶養者氏名													
被扶養者 変更・訂正内容 ※氏名にはフリガナも 記入してください				変更・訂正前				➡	変更・訂正後 ※法律上の氏名変更は「氏名変更日」を記入				
				番号	①氏名変更	②氏名訂正	③生年月日訂正		④その他 ()	氏名変更日	令和	年	月
資格情報のお知らせ				発行	希望する	希望しない	※令和6年2月6日から、マイナポータルにて、「医療保険の資格情報」を自身のスマートフォン等にPDF形式で保存できるようになりました。						
資格確認書				※マイナンバーカードを健康保険証として利用登録していない場合は、「資格確認書」が交付されます。									

- 添付するもの
 - ①変更・訂正前の被保険者証（資格確認書）を添付してください。
 - ②訂正内容の証明となる書類（a～dのうちどれかひとつ）
 - a.住民票（世帯全員） b.戸籍抄本 c.戸籍謄本 d.免許証のコピー
- ご注意ください
 - ①この届出は、被扶養者が結婚や養子縁組により法律上氏名を変更する場合及び記載内容に誤りがある場合に申請するものです。
 - ②この届出は、被保険者の変更はできません。

事業主欄

上記の通り、被保険者から変更・訂正届の申請がありましたので、届出いたします。

事業所所在地	(〒 - 都道 府県)		
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号	()		

健康保険組合使用欄

		常務理事	事務長	係員
受付日（変更・訂正日）	年	月	日	決済
年	月	日		