

# 健康保険 被保険者氏名変更届

\*ご家族(被扶養者)の氏名のみを変更する場合は、  
被扶養者異動届で訂正を行ってください。

係	事務長	常務理事	処理欄
---	-----	------	-----

被保険者記入欄	記号	番号	生年月日	
	被保険者等 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	被保険者の氏名 (変更後)	(フリガナ) (氏)	(名)	
	被保険者の氏名 (変更前)	(フリガナ) (氏)	(名)	
	変更の理由	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その( )		
変更年月日	令和 年 月 日	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

## ※添付書類および記入上の注意事項

- ・資格確認書又は被保険者証を添付してください。
- ・高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証が交付されている場合は併せて提出してください。
- ・ご家族(被扶養者)がいる場合、被扶養者分の資格確認書または被保険者証も提出してください。
- ・婚姻、離婚以外による氏名変更の場合は、氏名変更を証する公的書類を提出してください。(戸籍謄本等)
- ・資格確認書が必要な場合は、「発行が必要」にチェックをつけてください。

事業主証明欄	事業所所在地	(〒 - )	提出日	令和 年 月 日
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号	TEL ( )		

[備考]

受付日付印

被保険者等記号・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。

(2024.12)