

# 健康保険 被保険者氏名変更届

記入例

\*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	1 2	番号	1 1 1 2 2 2	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 10 年 6 月 7 日
	被保険者等 (左づめ)					
	被保険者の氏名 (変更後)	(フリガナ) クマモト (氏)	熊 本		(名) ヨシコ 良 子	
	被保険者の氏名 (変更前)	(フリガナ) キュウシュウ (氏)	九 州		(名) ヨシコ 良 子	
	変更の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その( )				
変更年月日	令和 7 年 5 月 5 日			資格確認書 発行要否	<input checked="" 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
- 高齢受給者証、限度額適用認定証、特
- ご家族(被扶養者)がいる場合、被扶養
- 婚姻、離婚以外による氏名変更の場合
- 資格確認書が必要な場合は、「発行

資格確認書の発行が必要な場合(※以下に該当する場合に限る)にチェックをつける。

- マイナンバーカードを作っていない方
- マイナンバーカードを返納した方
- マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている方
- マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていない方
- マイナンバーカードを紛失・き損した方
- マイナンバーカードの更新中の方
- マイナ保険証による受診に第三者(介助者など)のサポートが必要な方

事業主証明欄	(〒 810 - 0004 )	提出日 令和 7 年 5 月 10 日
	事業所所在地	福岡市中央区〇〇1-2-3
	事業所名称	〇〇〇〇株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇
電話番号	TEL 092 ( 123 )〇〇〇〇	

[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)