

課 長	課長補佐	課 員

健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届

① 被保険者の記号		② 被保険者の番号		③ 個 人 番 号				④ 生 年 月 日				⑤ 備 考	
<div></div>		<div></div>		<div></div>				<div>昭. 5 年 月 日 平. 7</div>				<div></div>	
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)		(氏)		(名)		⑦ 変更前の氏名		(氏)		(名)			
		(フリガナ)											

令和 年 月 日 提出 受 付 年 月 日

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 ー ()
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

社会保険労務士記載欄
氏名等

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
◎この届出書に記入の個人情報「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」において利用し、第三者には提供いたしません。

【記入の方法】

1. ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。
2. ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、平成5年2月7日生まれの場合は、

	年		月		日	
昭. 5	0	5	0	2	0	7
平. 7						

のように記入してください。

3. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。