

常務理事	事務局長	部長	課長	担当者

健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届

①健康保険被保険者の記号		②健康保険被保険者の番号		③ 生 年 月 日		④ 性 別		備 考	
				☐ 5. 昭和 ☐ 7. 平成 年 月 日 ☐ 9. 令和		☐ 1.男 ☐ 2.女			
⑤ 被 保 険 者 の 氏 名 (変更後)		(フリガナ)		⑥ 変更前の氏名		(フリガナ)			
		(氏)				(名)			
資格確認書の発行が必要な場合は、次に該当する場合に限られ、「 <u>資格確認書(再)交付申請書</u> 」の添付が必要です。									
⑦資格確認書の発行要否	☐ マイナンバーカードを取得していない方		☐ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方				資格確認書の発行が ☐ 必要 ☐ 不要		
	☐ マイナンバーカードを返納した方		☐ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方						
	☐ 利用登録解除を申請した方		☐ 利用登録解除をした方						

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

民間放送健康保険組合