

健康保険 被保険者（被扶養者）

氏名・住所・性別
生 年 月 日
個 人 番 号

変更・訂正届

常務理事	事務長	担当	担当

記号・番号	記号	申請者の氏名	フリガナ				性別	生年月日			資格取得年月日【健康組合記入欄】		
	番号		男	昭和	年	月		日	年	月	日		
			女	平成									
				令和									
被保険者の住所	〒				個人番号	変更理由			発生事由: 年 月 日				
	電話番号:												

変 更 後										変 更 前									
フリガナ		性別	世帯	生年月日			続柄	フリガナ		性別	世帯	生年月日			続柄				
姓	名			年	月	日		姓	名			年	月	日					
		男	同居	昭和						男	同居	昭和							
		女	別居	平成						女	別居	平成							
個人番号								個人番号											
		男	同居	昭和						男	同居	昭和							
		女	別居	平成						女	別居	平成							
個人番号								個人番号											
		男	同居	昭和						男	同居	昭和							
		女	別居	平成						女	別居	平成							
個人番号								個人番号											
住 所	〒									住 所	〒								
電話番号										電話番号									

事業所の確認	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電 話

〈注意事項〉

提出先 各人事担当課へ
提出期限 変更が生じた日から5日以内

- ※氏名・性別・生年月日の変更・訂正で、発行されている有効な証（健康保険証、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証等）がある場合は添付してください。
- ※マイナ保険証を保有している方は、資格確認書・高齢受給者証、限度額適用認定証の交付対象外となります。
- ※R6.12以降、健康保険被保険者証は再交付の対象外となります。

令和 年 月 日提出
受付日付印