

# 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	年	月	日	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