

健康保険 被保険者氏名変更届 (訂正)

常務理事	事務長	係 員

所属事業所 担当者印

◎「※」印欄は記入しないでください。

① 健康保険被保険者証の 記 号	② 健康保険被保険者証の 番 号	生 年 月 日	(ア) 性 別	送 信			
※		明・大・昭・平 1・3・5・7 年 月 日	1. 男 2. 女				
③ 被保険者の氏名 (変 更 後)	(氏) (フリガナ)	(名)	(イ) 変更前の氏名	(氏) (名)	④健康保険被保 険者証の不要	送 信	(ウ) 備考
					※ 要 0 不要 1		

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電 話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印
Ⓜ

(記入の方法)

1. (ア)は、被保険者が男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を○印で囲んでください。
2. ③の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。