

常務理事	事務長	課長	係

健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届

健康保険被保険者証の記号及び番号を必ず記入してください。

年金手帳や基礎年金番号通知書を確認し、記入してください。

①「※」印欄は裏面に書いてあります

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	③ 年金手帳の基礎年金番号	④ 生年月日	⑦ 種別(性別)	送信			
※ 000	0000	000000000000000000	明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7	1. 2. 3. 5. 6. 7.				
⑤ 被保険者の氏名(変更後)	(氏) 健保 (フリガナ) ケンボ	(名) 愛子 (フリガナ) アイコ	⑧ 変更前の氏名	(氏) 組合 (フリガナ) クミアイ	(名) 愛子 (フリガナ) アイコ	⑥ 健康保険被保険者証不要 ※ 要 0 不要 1	送信	⑨ 備考

事業主が被保険者からの申出を受け、健康保険組合へ提出した日を記入してください。

平成 00 年 00 月 00 日 提出

ご覧ください。

事業所所在地	〒 000 - 0000 東京都〇〇区〇〇町1-1-1
事業所名称	〇〇〇〇 株式会社
事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇
電話	00 (0000 局) 0000 番

受付日付印

次の区分にしたがって該当する被保険者種別を記入してください。
 1: 坑内員以外の男子
 2: 女子
 3: 坑内員
 5: 厚生年金基金加入員であって坑内員以外の男子
 6: 厚生年金基金加入員である女子

事業主印を押印してください。
 ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。

社会保険労務士の提出代行者印	印