

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | |

健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届

この届書は事業主が作成するものです

| | | | | | |
|---|--------------------|---------------|---------------|-------------------------|-----------------------|
| ◎ 記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。 ※ 「印欄」は記入しないでください。 | ① 健康保険被保険者証記号 | ② 健康保険被保険者証番号 | ③ 年金手帳の基礎年金番号 | ④ 生 年 月 日 | ⑦ 種 別 (性別) |
| | ※ | | | 昭.5 年 月 日 平.7 令.9 | 1. 男 2. 女 |
| | ⑤ 被保険者の氏名 (変更後) | (氏) (フリガナ) | (名) | ⑧ 変更前の氏名 (氏) | (名) |
| | | | | | ⑨ 備 考 家族分変更 有 無 |

*被扶養者がいる方は、家族分の変更がない場合も被保険者氏名欄の表記が変わりますので、被扶養者分の保険証の添付もお願いします。

令和 年 月 日 提出

| | | |
|--------|-------|---|
| 事業所所在地 | 〒 | — |
| 事業所名称 | | |
| 事業主氏名 | | |
| 電 話 | (局) | 番 |

受付日付印

| |
|-------------------|
| 社会保険労務士記載欄 氏名等 |
|-------------------|

【記入の方法】

1. ③は、年金手帳等に記載されている10桁の基礎年金番号を左詰めで記入してください。

2. ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和45年2月7日生まれの場合は、

「

| | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|--|---|
| 昭. | 5 | | 年 | | | 月 | | | 日 |
| 平. | 7 | 4 | 5 | 0 | 2 | 0 | 7 | | |
| 令. | 9 | | | | | | | | |

のように記入してください。

3. ㉞の種別(性別)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。

4. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

5. ㉟の備考欄は被扶養者の健康保険証の添付の有無を記入すること。

6. 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

7. 本手続は電子申請による届出も可能です。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。