

# 氏名等が変更した場合は速やかに手続きをしてください。

所属する会社に報告をしても自動的に新しい保険証は発行されません。会社を通じて別途、変更手続きを取る必要がございます。また、被扶養者の変更時も同様となります。

(退職後に任意継続に加入された方のみ健康保険組合宛(HP住所)に直接ご郵送ください。)

<h2>記入例</h2>		健康保険		被保険者		各種変更(訂正)届		<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>担当</td> <td>担当</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常務理事	事務長	担当	担当				
		常務理事	事務長	担当	担当											
変更前の名前をご記入ください。 <small>被保険者氏名欄の押印は必要ありません。</small>		令和 5 年 4 月 1 日 記入														
被保険者番号	被保険者氏名(注1)	生年月日		住所	〒 000-0000											
記号 - 番号	健保 春子 印	昭平 62 年 2 月 2 日	東京	東京都新宿区△△-00												
1 - 000				日中繋がる電話番号	TEL XXX (000) △△△△ ※健保組合より連絡が入る場合があります。											
変更後情報				変更前情報												
氏名(変更後)	続柄	性別	生年月日	氏名(変更前)	続柄	性別	生年月日									
(フリガナ) シャカイ ハルコ	本人	男・女	昭平 62 年 2 月 2 日	(フリガナ) ケンポ ハルコ	本人	男・女	昭平 62 年 2 月 2 日									
社会 春子				健保 春子												
(フリガナ)		男・女	昭平 年 月 日	(フリガナ)		男・女	昭平 年 月 日									
提出先	添付書類と一緒に所属事業所の担当部署に、ご提出下さい。提出先が不明な場合は上長等にご確認ください。(※任意継続の方は健康保険組合宛(HP住所)に直接ご郵送ください。)						<input checked="" type="checkbox"/> 申請者・提出前最終チェック									
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在お持ちの保険証</li> <li>氏名変更後の名前が確認できる書類(運転免許書の両面の写し・住民票の写し・戸籍謄本の写し)</li> </ul>						<input checked="" type="checkbox"/> 現在お持ちの保険証は添付しましたか？ <input checked="" type="checkbox"/> 氏名変更後の名前が確認できる書類は添付しましたか？									
事業所所在地	〒 -	(健)		<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;">             届出の提出前に              提出書類を必ず              ご確認ください。           </div>			受付印 _____									
事業所名称		印														
事業主氏名				日 枚												

健康保険 被保険者 各種変更(訂正)届  
被扶養者

常务理事	事務長	担当	担当

↓被保険者が自ら署名する場合、被保険者氏名欄の押印は必要ありません。

令和 年 月 日 記入

被保険者番号 記号 - 番号 -	被保険者氏名(注1) 印	生年月日 昭 平 年 月 日	住所 〒 -	日中繋がる電話番号 Tel ( )	※健保組合より連絡が入る場合があります。
------------------------	-----------------	-------------------------	-----------	----------------------	----------------------

変更後情報				変更前情報			
氏名(変更後)	続柄	性別	生年月日	氏名(変更前)	続柄	性別	生年月日
(フリガナ)		男・女	昭 平 年 月 日	(フリガナ)		男・女	昭 平 年 月 日
(フリガナ)		男・女	昭 平 年 月 日	(フリガナ)		男・女	昭 平 年 月 日
(フリガナ)		男・女	昭 平 年 月 日	(フリガナ)		男・女	昭 平 年 月 日
(フリガナ)		男・女	昭 平 年 月 日	(フリガナ)		男・女	昭 平 年 月 日

提出先	添付書類と一緒に所属事業所の担当部署に、ご提出下さい。提出先が不明な場合は上長等にご確認ください。(※任意継続の方は健康保険組合宛(HP住所)に直接ご郵送ください。)	✓ 申請者・提出前最終チェック
添付書類	・現在お持ちの保険証 ・氏名変更後の名前が確認できる書類(運転免許書の両面の写し・住民票の写し・戸籍謄本の写し等)	現在お持ちの保険証は添付しましたか? 氏名変更後の名前が確認できる書類は添付しましたか?

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	〒 - 印	(健保記入欄) 保険証回収日…令和 年 月 日 枚
--------------------------	----------	------------------------------

受付印