

健康保険 氏名・記載事項変更(訂正)届

被保険者の変更する前の氏名を記載ください。

令和 4 年 6 月 10 日 提出

被保険者証 記号	被保険者証 番号	被保険者 氏名	所 属
***	*****	快適 良子	横浜事業所 健康本部 睡眠推進グループ
変更/訂正後 の氏名・フリガナ <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	フリガナ) ケンコウ 氏) 健康	フリガナ) リョウコ 名) 良子	事由/備考) <input checked="" type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 備考:
変更/訂正後 の氏名・フリガナ <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	フリガナ) 氏) 変更後の氏名とフリガナを記載ください。	フリガナ)	事由/備考) <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 備考:
変更/訂正後 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	記載事項) 子・生年月日	年月日) 令和 3 年 6 月 5 日	事由/備考) <input type="checkbox"/> 誤記 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 資格取得日 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 備考: 先日届出した子の生年月日に間違いがありました。氏名 の変更はありません。
変更/訂正後 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	記載事項) 記載事項の間違い等あれば、気づいた時にご連絡く ださい。訂正ある証はご返却ください。	年月日)	事由/備考) <input type="checkbox"/> 誤記 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 資格取得日 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 備考:

* 本届受理後、所属先に新しい被保険者証を交付します。変更/訂正前の被保険者証は適用事業所に必ずご返却ください。

2022.10.01

事業主欄) 所在地
名 称
氏 名

記入不要(事業主記載欄)