

# 健康保険 被保険者 被扶養者 氏名等変更(訂正)届

常務理事	事務長	係

被保険者証の記号・番号						被保険者氏名
1						

変更【訂正】理由 (該当理由に✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 誤届	※ 左記、性別の場合、戸籍上の裁判裁定【発行】日(性別変更日)
	<input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 通称名 <input type="checkbox"/> その他( )	令和 年 月 日

変更後(訂正後)				変更前(訂正前)				健保使用欄
氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄	証返納日
(フリガナ)	男・女 裏面記載	昭和 平成 年 月 日	本人	(フリガナ)	男・女	昭和 平成 年 月 日	本人	/
(フリガナ)	男・女 裏面記載	昭和 平成 令和 年 月 日		(フリガナ)	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		/
(フリガナ)	男・女 裏面記載	昭和 平成 令和 年 月 日		(フリガナ)	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		/
(フリガナ)	男・女 裏面記載	昭和 平成 令和 年 月 日		(フリガナ)	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		/

※該当者の健康保険証(カード)を添付してください。届出には証明書類が必要となる場合があります。添付書類については、健康保険組合にお問合せ下さい。

事業所所在地	(印)
事業所名称	
事業主名	

性同一性障害の場合は、以下の書類を添えてご提出ください。  
 ①医師の診断書等の性同一性障害を有することを確認できる書類  
 ②通称名が社会生活上日常的に用いていることを確認できる書類

社会保険労務士の提出代行者印	
----------------	--

令和 年 月 日 提出

受付日付印