|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の方 | **―→** | 事業所（勤務先）の健保業務担当部門  〔総務・人事等〕 | | **―→** | 健保組合 |
|  | | | | |
| 退職された方（任意継続） | | | **―――――――――――→** | |

**【申請の流れ】**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記　号 |  | 番　号 |  |  | | |
| 被保険者氏名 | | | | | 生年月日 | 変更理由（氏名変更の場合） |
| フリガナ | | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | 1.結婚　2.養子縁組　3.その他（　　　　　　　） |
|  | | | | |

# 被保険者・被扶養者　氏名・変更生年月日（訂正））届

１．氏名変更（訂正）の場合にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更年月日 | | | | | | | | | | | 変更後の氏名 | 変更前の氏名 | 続柄 |
|  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | フリガナ | フリガナ |  |
|  |  |

２．生年月日訂正の場合にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者の氏名 | 性 別 | 訂正前の生年月日 | | | | | | | | | | | 訂正後の生年月日 | | | | | | | | | | | 続柄 |
|  | 男 ・ 女 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |  |

３．氏名変更の際に、併せて住所変更する場合は下記に記入いただければ、住所変更の手続きもできます。(被扶養者も含む)

|  |  |
| --- | --- |
| 新 住 所 | 電 話 番 号 |
| 〒 |  |

※旧保険証または資格確認書の返却をお願いします。

受 付 印

|  |
| --- |
| 社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 |
|  |

|  |
| --- |
| 事業所所在地　〒　　　　　-  事業所名称  事業主氏名  　℡ |