

健康保険 被保険者 生年月日等変更(訂正)届  
被扶養者

|      |  |   |
|------|--|---|
| 常務理事 |  | 係 |
|      |  |   |

| 被保険者等<br>記号・番号 | 記号 | 番号 | 記号・番号が分からないときはマイナンバーを記入してください |   |   |   |
|----------------|----|----|-------------------------------|---|---|---|
|                |    |    | — —                           |   |   |   |
| 被保険者氏名         |    |    | 生年月日                          |   |   |   |
| フリガナ           |    |    | 昭和<br>平成<br>令和                | 年 | 月 | 日 |

生年月日・性別・続柄等変更(訂正)の場合にご記入ください。

| 対象者の氏名 | 変更後 (変更箇所のみ記入) |   |   |   | 変更前 |                |   |   |   |     |
|--------|----------------|---|---|---|-----|----------------|---|---|---|-----|
| フリガナ   | 生年月日           |   |   |   | 性別  | 生年月日           |   |   |   | 性別  |
|        | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 | 男・女 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
|        |                |   |   |   | 続柄  |                |   |   |   | 続柄  |
|        |                |   |   |   |     |                |   |   |   |     |

※資格確認書等をお持ちの場合はご添付下さい。

令和 年 月 日 提出

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 確認<br><input type="checkbox"/>   | この届出については、①または②の要件を満たしたものである<br>①申請者本人(被保険者)が作成したものである<br>②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している |
| 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名<br>電話番号 | 〒  |

.....  
受付日付印