

健康保険被保険者 氏名変更(訂正)届

| | | | |
|------------|-----------|-------------------------------------------------------------|--|
| 被保険者の記号・番号 | | 生年月日 | |
| 記号 1234 | 番号 567 | 昭・平・令60年12月12日 | |
| 変更年月日 | | 被保険者の現住所 | |
| 令和○年4月1日 | | 〒123-4567 東京都□□区□□町1-2 □□マンション102 電話 03 (□□□□) □□□□ | |

| 区分 | 変更後の氏名 | | 変更前の氏名 | |
|------|---------|---------|-----------|---------|
| フリガナ | (氏) ケンポ | (名) ハナコ | (氏) ケンキュウ | (名) ハナコ |
| 氏名 | 健保 | 花子 | 研究 | 花子 |
| 備考 | | | | |

【注意事項】

- ・ 保険証、資格確認書が交付されている場合は必ず添付してください。
被扶養者がいる場合は被扶養者分も添付してください。
- ・ マイナ保険証を所有していない場合、医療機関受診の際に資格確認書の提示が必要となります。
該当する方は資格確認書交付申請書を一緒にご提出ください。
(マイナ保険証を所有している方への資格確認書発行はできません)

令和○年4月10日

| |
|--------------------------|
| 〒123-4567 |
| 事業所所在地 東京都□□市□□町1-2-3 |
| 事業所名称 医療法人社団 □□ |
| 事業主氏名 理事長 □□ □□ |
| 電話番号 |