

黒のボールペンで記入してください。  
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

## 健康保険被保険者 氏名変更(訂正)届

被保険者証の記号・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】

- 被保険者証を必ず添付してください。  
被扶養者がいる場合は、被扶養者の被保険者証も必ず添付してください。
- 被扶養者の氏名変更がある場合は、別途「被扶養者(氏名)変更(訂正)届」の提出が必要です。
- 氏名のフリガナのみ訂正される場合は、保険証の返却は不要です。

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	