

健康保険 被保険者・被扶養者 氏名変更（訂正）届

記入例

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	担当者

太枠内は必ず記入して下さい。

被保険者番号				被保険者番号		被保険者の生年月日			変更（訂正）年月日			◎被保険者証を添付してください。			
1	2	3	4	56		昭和 平成	○年	○月	○日	令和	○年	○月	○日	被保険者の氏名変更（訂正）については、被扶養者の保険証も添付して下さい。 (保険証に被保険者氏名が印字されているため)	
被保険者の氏名 【又は変更後の氏名】				(フリガナ) ケンボ (氏) 健保			(フリガナ) ハナコ (名) 花子			変更前の氏名		(氏) 歯科	(名) 花子		

※被扶養者の氏名を変更（訂正）する場合は、下記に記入が必要です。

被扶養者の氏名 【変更後】	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保	(フリガナ) ハルコ (名) 春子	続柄 子	変更前の氏名	(氏) 歯科	(名) 春子
被扶養者の氏名 【変更後】	(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (名)	続柄	変更前の氏名	(氏)	(名)
被扶養者の氏名 【変更後】	(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (名)	続柄	変更前の氏名	(氏)	(名)

〒170-0000
事業所所在地 東京都豊島区〇〇2-3-4
事業所名称 ○×歯科医院
事業主氏名 ○〇〇〇
電話番号 03-0000-0000

令和 ○年 ○月 ○日 提出

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等