

# 健康保険 被保険者・被扶養者 氏名変更（訂正）届

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。

事業所番号	被保険者整理番号	被保険者の生年月日	変更（訂正）年月日	◎資格確認書または健康保険証を添付してください。 被保険者の氏名変更（訂正）については、被扶養者の資格確認書または健康保険証も添付して下さい。 (被保険者氏名が印字されているため)	
		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日		
被保険者の氏名 【又は変更後の氏名】	(フリガナ)		変更前の氏名	(氏)	(名)
	(氏)	(名)			

※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)		続柄	変更前の氏名	(氏)	(名)
	(氏)	(名)				
被扶養者の氏名 【変更後】	(フリガナ)		続柄	変更前の氏名	(氏)	(名)
	(氏)	(名)				
被扶養者の氏名 【変更後】	(フリガナ)		続柄	変更前の氏名	(氏)	(名)
	(氏)	(名)				

東京都歯科健康保険組合

令和 年 月 日提出

受付印

〒	—
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

社会保険労務士記載欄
氏名等

資格確認書の発行が必要な場合は「資格確認書（再）交付申請書」も提出して下さい。