

# 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。

|                       |   |        |     |          |           |    |    |           |    |     |  |    |     |    |  |
|-----------------------|---|--------|-----|----------|-----------|----|----|-----------|----|-----|--|----|-----|----|--|
| 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。<br>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。<br>(被保険者氏名が印字されているため) |    |     |    |  |
| 1                     | 2 | 3      | 4   | 56       | 昭和<br>平成  | 〇年 | 〇月 | 〇日        | 令和 | 〇年  |  | 〇月 | 〇日  |    |  |
| 被保険者の氏名<br>【又は変更後の氏名】 |   | (フリガナ) | ケンボ |          | ハナコ       |    |    | 変更前の氏名    |    | (氏) | 歯科   |    | (名) | 花子 |  |
|                       |   | (氏)    | 健保  |          | 花子        |    |    |           |    | (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<br>【変更後】 | (フリガナ) | ケンボ |  | ハルコ |  | 続柄 | 変更前の氏名 | (氏) | 歯科 |  | (名) | 春子 |  |
|                  | (氏)    | 健保  |  | 春子  |  | 子  |        | (氏) | 歯科 |  | (名) | 春子 |  |
| 被扶養者の氏名<br>【変更後】 | (フリガナ) |     |  |     |  | 続柄 | 変更前の氏名 | (氏) |    |  | (名) |    |  |
|                  | (氏)    |     |  |     |  |    |        | (氏) |    |  | (名) |    |  |
| 被扶養者の氏名<br>【変更後】 | (フリガナ) |     |  |     |  | 続柄 | 変更前の氏名 | (氏) |    |  | (名) |    |  |
|                  | (氏)    |     |  |     |  |    |        | (氏) |    |  | (名) |    |  |

東京都歯科健康保険組合

令和 〇年 〇月 〇日 提出

受付印付印

|        |                            |
|--------|----------------------------|
| 事業所所在地 | 〒170-0000<br>東京都豊島区〇〇2-3-4 |
| 事業所名称  | 〇×歯科医院                     |
| 事業主氏名  | 〇〇〇〇                       |
| 電話番号   | 03-0000-0000               |

|            |
|------------|
| 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」も提出してください。