

被保険者・被扶養者氏名等変更届

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に、濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

注4 氏名、氏名フリガナ、生年月日、続柄については、「変更前」は全て記入し、「変更後」は変更する項目のみ記入してください。

注5 被保険者の氏名変更の場合で、給付金受取口座の名義を変更した方は、「給付金等振込口座変更届」も忘れずに提出してください。

《添付書類》 被扶養者の氏名変更の場合は住民票記載事項証明書  
 その他の場合は必要なし

被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

(1)被保険者証の記号	(2)被保険者証の番号	(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名	印
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(5)氏名、氏名フリガナ、続柄、生年月日を変更する方

0: 被保険者  
 1: 被扶養者

(6)変更前の氏名

(7)変更後の氏名(通常表記)

(8)変更前の氏名フリガナ

(9)変更後の氏名カナ(カタカナ表記)

※(7)(9)は、姓と名の間は、1マスあけて記入してください。

(10)変更前の生年月日  
 5:昭和  
 7:平成  
 9:令和  
 年  月  日

(11)変更後の生年月日  
 5:昭和  
 7:平成  
 9:令和  
 年  月  日

(12)変更前の続柄

(13)変更後の続柄

※記入例「妻」(漢字)

※記入例「妻」(漢字)

事業主 特記事項欄	<input type="text"/>
--------------	----------------------

上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名称 <input type="text"/> 事業主名 <input type="text"/>	年 月 日	事業所 使用欄 印	箇所長	電話	健保担当課
			—	—	印
			事業主整理番号	<input type="text"/>	