

# 健康保険 被保険者 被扶養者 氏名変更届

|      |      |     |   |   |
|------|------|-----|---|---|
| 健保組合 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|      |      |     |   |   |

令和 00 年 00 月 00 日 提出

|        |        |       |       |      |    |                           |      |                |    |   |    |   |    |   |
|--------|--------|-------|-------|------|----|---------------------------|------|----------------|----|---|----|---|----|---|
| 被保険者情報 | 保険証記号  | 00    | 保険証番号 | 0000 | 性別 | 男<br>女                    | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 00 | 年 | 00 | 月 | 00 | 日 |
|        | 被保険者氏名 | 健康 花子 |       |      | 住所 | 〒000-0000 長野県△△市××00-0000 |      |                |    |   |    |   |    |   |

※本人の氏名変更の場合、こちらは当組合に登録されている氏名(変更前の氏名)をご記入ください

| (被保険者)の氏名変更         | 氏名 |  | 性別       | 生年月日   |   |   |   |
|---------------------|----|--|----------|--------|---|---|---|
|                     | 新  | 氏名   | 氏名       | 男<br>女 | 昭和<br>平成<br>令和  | 年 | 月 |
| 旧                   | 氏名 | 氏名   | 変更(訂正)理由 |        |   |   |   |
| 振込先指定口座<br>(健保登録口座) |    | 名義人名は新しい氏名に変更しましたか<br>※いいえの場合、名義人名を変更後は速やかに当組合へ連絡してください。 |          |        | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |   |

| (被扶養者)の氏名変更 | 氏名 |    | 性別       | 生年月日   |  |   |   |
|-------------|----|----|----------|--------|--|---|---|
|             | 新  | 氏名 | 氏名       | 男<br>女 | 昭和<br>平成<br>令和   | 年 | 月 |
| 旧           | 氏名 | 氏名 | 変更(訂正)理由 |        |  |   |   |
|             |    | 続柄 |          |        | <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 誤届<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>【事由発生日 年 月 日】 |   |   |

※次に該当する場合には、変更後の氏名がわかる書類(戸籍謄本、住民票等)を添付してください。

- 被保険者(本人)、被扶養者(家族)の姓(名字)ではなく、「名(な)」が変わる場合
- 被保険者(本人)の氏名変更に伴わない、被扶養者(家族)のみの氏名が変わる場合

|        |        |
|--------|--------|
| 事業所所在地 | 事業主記入欄 |
| 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        |