

決定 伺	決 裁	常務理事	事務長	担当者

健康保険 被扶養者氏名変更届

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名		④ 生 年 月 日			⑤ 性別	⑥ 変 更 年 月 日				
		(氏)	(名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年	月	日	男・女	令和	年	月	日

⑦ 変更前の被扶養者の氏名		⑧ 変更後の被扶養者の氏名		⑩ 生 年 月 日			⑨ 続柄	⑨ 性別	⑪ 変更理由	
フリガナ (氏)	(名)	フリガナ (氏)	(名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年	月	日		男・女	
フリガナ (氏)	(名)	フリガナ (氏)	(名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年	月	日		男・女	
フリガナ (氏)	(名)	フリガナ (氏)	(名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年	月	日		男・女	
フリガナ (氏)	(名)	フリガナ (氏)	(名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年	月	日		男・女	
フリガナ (氏)	(名)	フリガナ (氏)	(名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年	月	日		男・女	

確認	※ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

令和 年 月 日提出 受付日付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

- ◎ この届出書は氏名変更が必要な被扶養者がいるときに記入して健康保険被保険者証を添付して下さい。
- ◎ 被保険者との続柄については、妻、長男、孫、母、義母などと、詳しく記入して下さい。
- ◎ フリガナは、カタカナで正確に記入して下さい。

決定 伺	決 裁	常務理事	事務長	担当者

健康保険 被扶養者氏名変更届

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名		④ 生 年 月 日			⑤ 性別	⑥ 変 更 年 月 日				
123	456	(氏) ケンポ 健 保	(名) タロウ 太 郎	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年 4	月 2	日 0	男・女	令和	年 0	月 3	日 0

⑦ 変更前の被扶養者の氏名		⑧ 変更後の被扶養者の氏名		⑩ 生 年 月 日			⑨ 続柄	⑨ 性別	⑪ 変更理由
フリガナ ケンポ (氏) 健 保	フリガナ イチロウ (名) 市 郎	フリガナ ケンポ (氏) 健 保	フリガナ イチロウ (名) 一 郎	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年 1	月 3	日 0	長男	申請時の記載誤りのため
フリガナ (氏)	(名)	フリガナ (氏)	(名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年	月	日	男・女	
フリガナ (氏)	(名)	フリガナ (氏)	(名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年	月	日	男・女	
フリガナ (氏)	(名)	フリガナ (氏)	(名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年	月	日	男・女	
フリガナ (氏)	(名)	フリガナ (氏)	(名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年	月	日	男・女	

確認	※ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input checked="" type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

令和 3 年 4 月 5 日

受 付 日 付 印

事業所所在地	〒 422-8074 静岡県〇〇市〇〇区〇〇町123-4
事業所名称	〇〇〇〇 株式会社
事業主氏名	〇〇 〇〇
電 話	123-456-7890

- ◎ この届出書は氏名変更が必要な被扶養者がいるときに記入して健康保険被保険者証を添付して下さい。
- ◎ 被保険者との続柄については、妻、長男、孫、母、義母などと、詳しく記入して下さい。
- ◎ フリガナは、カタカナで正確に記入して下さい。