

健康保険 被保険者・被扶養者

生年月日・続柄・性別 変更（訂正）届

常務理事	事務長	適用M	担当者

令和 年 月 日提出

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名
記号	番号	

以下、変更（訂正）のある項目のみ記入してください

※当てはまるものに○

変更者氏名	続柄	区分※	変更 ・ 訂正			
変更（訂正）前		➔	変更（訂正）後			
生年月日	昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日			
続 柄※						
性 別	男 ・ 女		男 ・ 女			
変更（訂正）事由	資格確認書※		返却する	紛失した※	破棄した※	受け取っていない

変更者氏名	続柄	区分※	変更 ・ 訂正			
変更（訂正）前		➔	変更（訂正）後			
生年月日	昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日			
続 柄※						
性 別	男 ・ 女		男 ・ 女			
変更（訂正）事由	資格確認書※		返却する	紛失した※	破棄した※	受け取っていない

【注意事項】

- ・ 太枠内をすべて記入してください
  - ・ 訂正前内容、有効期限内の資格確認書をお持ちの方は、右下の資格確認書添付欄に必ず添付してください  
また、上記「資格確認書」欄の該当箇所に○をしてください
  - ・ この用紙は、生年月日、性別、続柄の訂正（変更）がある場合に提出してください
- ※有効期限内の資格確認書を紛失した場合、またはマイナ保険証をお持ちでない方が有効期限内の資格確認書を破棄した場合は「【滅失・き損時】資格確認書再交付申請書」を提出してください
- ※続柄の変更（訂正）のみの場合は添付不要です

事業主記入欄	事業所在地	〒	
	事業名称		
	事業主氏名		
	電話番号	(	)

**【資格確認書添付欄】**

返却する資格確認書をこちらへ添付してください  
有効期限の切れた資格確認書は添付不要です  
(複数枚ある場合ははがれないように添付してください)

使 用 業 欄	資格確認書	<input type="checkbox"/> 添付済 <input type="checkbox"/> 滅失届添付 <input type="checkbox"/> 添付なし
使 用 保 欄	資格確認書	<input type="checkbox"/> 添付済 <input type="checkbox"/> 滅失届添付 <input type="checkbox"/> 添付なし

発行する  
 発行しない

入力印	受付印