

届出日（送付日）を記入してください。

健康保険 被保険者（被扶養者）氏名変更届 【記入例】

届出 令和 6年12月2日		被保険者等		氏名	健康 華子	所属事業所	〇〇〇〇（株）〇〇部 〇〇課 Tel (000) 123-4567 (内123-4567)
被 保 険 者	記 号 20	番 号 777777	生 年 月 日	昭和 平成	7年10月15日	現住所	〒000-1234 広島市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション101 Tel (000) 9876 - 5432

氏 名 変 更 該 当 者	新 氏 名		続柄	生 年 月 日			異動年月日			旧 氏 名				
	フリガナ	ケンコウ	ハナコ	本人	昭 平	年	月	日	年	月	日	フリガナ	ホケン	ハナコ
		健康	華子		令	7	10	15	和	6	12	2		保険
	フリガナ			昭								令		
フリガナ			平								和			

被保険者が必ずご記入ください。
記入漏れの場合は、返却させていただきます。

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

健 保 組 合	決定			入力	回収	お知らせ	資格確認書
	同 常務理事	事務長	担当				

事 業 主	事実と相違ないことを証明します。	
	各長	担当

受付印

※ 氏名の変更に関しては、健康保険法施行規則第36条および第38条第2項により事業所を経由し届け出ることとされています。