【保険証と合わせて届出願います】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **健康保険** | | | | | **被保険者**  **被扶養者** | | | **氏 名**  **性 別**  **生年月日** | | | **変更・訂正届** | | | | 常務理事 | 事務長 | 課 長 | | | 係長・主任 | 係 | |
|  |  |  | | |  |  | |
| 被  保  険  者 | | 記号 | | |  | | 番号 |  | | | 資格取得日 | | | | 昭和  平成 　年　　月　　日  令和 | | | | | 健保受付日付印 | | |
| 氏名 | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | |  | 変更・訂正年 月 日 | 平成　令和  年 月 日 | | | |
|  | | | | | | |  |
| 被保険者 勤務地 | | | | |  | | | | | | | | | **□　保険証　回収**  **□　資格確認書希望** | | | |
|  | | | | 氏 名 | | | | | | 続柄 | | | 性別 | | 生年月日 | | | | 変更・訂正理由 | | | |
| 変 更 前 | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |  | | | 男・女 | | 昭和  平成 年 月 日  令和 | | | |  | | | |
|  | | | | | |
| 変 更 後 | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |  | | | 男・女 | | 昭和  平成 年 月 日  令和 | | | |
|  | | | | | |
| 事 業 主  の 証 明 | | | 上記の通り届出があり、調査の  結果相違ないことを証明する。 | | | | | | | 事業所の名称・所在地  事業主の氏名 | | | | | | | | | | | | |

※この届は、事業主の証明を確認した上で受理した届であるため、原則として添付書類は省略いたします。

ただし、**氏名変更**（結婚・養子縁組・改名等）の場合のみ、戸籍謄本等添付書類が必要となります。