

|      |     |    |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係員 |
|      |     |    |    |    |    |

## 健康保険 被扶養者変更・訂正届

|                            |       |    |  |    |  |
|----------------------------|-------|----|--|----|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  |
|                            | 氏名    |    |  |    |  |

|                  |      |                      |                      |   |   |
|------------------|------|----------------------|----------------------|---|---|
| 【変更対象被扶養者】       |      | 変更年月日                | 年                    | 月 | 日 |
| 変更該当番号に○をつけてください |      | 変更・訂正前               | 変更・訂正後               |   |   |
| 1                | 氏名   | フリガナ<br>.....        | フリガナ<br>.....        |   |   |
| 2                | 生年月日 | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日 | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日 |   |   |
| 3                | 性別   | 男 ・ 女                | 男 ・ 女                |   |   |
| 4                | 続柄   |                      |                      |   |   |
| 変更・訂正理由          |      |                      |                      |   |   |

※ 添付書類 健康保険被保険者証と変更・訂正が確認できる公的書類(コピー可)を必ず添付ください。  
また、氏名の変更・訂正理由が被保険者の婚姻の場合は、必ず住民票の添付もお願いします。

|                  |          |
|------------------|----------|
| 事<br>業<br>主<br>欄 | 事業所住所    |
|                  | 事業所名称    |
|                  | 事業主氏名    |
|                  | 電話番号 ( ) |

|                             |
|-----------------------------|
| 社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 欄 |
|                             |

受付日付印

★ 『変更・訂正前』は変更箇所のみを、『変更・訂正後』にはすべての欄を記入してください。