健康保険 被保険者 被扶養者 氏名 変更 訂正 届

常務理事	事務長	担当者

◎ 本届出には、必ず「変更する方の資格確認書」を添付してください。

被保険者								
記号		番号		氏名（変更前）		性別	男 女	
フリガナ				変更年月日	令和　年　月　日			
変更後の氏名								
変更理由				資格確認書/保険証回収	（健保記入欄）＊ この届出に添付の書/証　枚			

※ 被保険者の氏名を変更をする場合は、「変更後の氏名」「変更理由」の記入をお願いします。

※ 被扶養者の氏名を変更をする場合は、以下の記入をお願いします。

被扶養者①					
変更前の氏名			続柄		
フリガナ			変更年月日	令和　年　月　日	
変更後の氏名					
変更理由					

被扶養者②					
変更前の氏名			続柄		
フリガナ			変更年月日	令和　年　月　日	
変更後の氏名					
変更理由					

被扶養者③					
変更前の氏名			続柄		
フリガナ			変更年月日	令和　年　月　日	
変更後の氏名					
変更理由					

提出者記入欄	
	上記のとおり相違ないことを確認しました。 令和　年　月　日
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

健保受付印

横浜ゴム健康保険組合