

該当する項目を○で囲む

被保険者
被扶養者

氏名・生年月日
性別・取得月日
重複・喪失月日

変更・訂正・取消届

被扶養者についての変更・訂正は、被扶養者氏名欄に記入
* 該当する被扶養者が複数のときは、全員分記入

名前にはフリガナをふる

健康保険被保険者証の記号	フリガナ 被保険者氏名	資格取得 年月日	変更前または 誤	変更後または 正	フリガナ 被扶養者氏名	変更前または 誤	変更後または 正	変更・訂正 理由	健保 組合
00000	○○○○○ ○○ ○○	○.○.○	○○○ ○○	△△△ △△	○○○□□ ○○ □□	○○○ ○○	△△△ △△	○による 姓の変更の ため	常務理事
									事務長
00000	○○○○○ ○○ ○○	○.○.○	○○○ ○○	○○○ ○△				取得届誤 記入のため	取扱者
00000	○○○○○ ○○ ○○	○.○.○						取得を取り やめになっ たため	

氏名変更
の場合

氏名訂正
の場合

取得取消
の場合

所属の担当
(取扱)者と
所属長

事業所の
所在地 ○○県○○市○○ 00-00-0
名称 ○○○株式会社
事業主名 ○○○○

健保受付年月日 T18202105

理由を必ず記入

事業所	所属
印	印
印	印

本社の担当
(取扱)者と
責任者

* 変更項目の異なるものについては別用紙にしてください。
* 氏名を変更 (または訂正) する場合は、名字のうえにフリガナをふってください。
* 変更・訂正の理由を必ず記載してください。

注: 上記記入例は、届出項目が違いますが、便宜上同じ用紙に記載しています。