

健康保険 被保険者 情報変更(訂正)届
被扶養者

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	主任	係

記号	番号	被保険者氏名 (※変更・訂正前の氏名)	備考欄

変更後(訂正後) ※変更した箇所だけでなくすべての情報をご記入ください				変更前(訂正前) ※変更した箇所だけでなくすべての情報をご記入ください			
氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
(フリガナ)	男・女	昭和 平成 年 月 日		(フリガナ)	男・女	昭和 平成 年 月 日	
		令和				令和	
氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
(フリガナ)	男・女	昭和 平成 年 月 日		(フリガナ)	男・女	昭和 平成 年 月 日	
		令和				令和	
氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
(フリガナ)	男・女	昭和 平成 年 月 日		(フリガナ)	男・女	昭和 平成 年 月 日	
		令和				令和	

①マイナ保険証をお持ちの方

新しい「資格情報のお知らせ」を交付いたします。保険証(保有者のみ)と併せて旧「資格情報のお知らせ」を返納ください。

②マイナ保険証を持っていない方、マイナンバーカードはあるが、保険証との紐づけを行っていない方など

保険証に代わり、「資格確認書」を交付いたします。旧「保険証」もしくは旧「資格確認書」を返納ください。

資格確認書には有効期限が設けられています。有効期限が切れているかつ情報変更が必要な場合は併せて資格確認書(再)交付申請書もご提出ください。

受付日付印

年 月 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	()	番

社会保険労務士の提出代行者印