

社 保 委 員  
等 の 検 印

届書コード			届書
2	0	7	

決 裁 日 付 印	常務理事	事務長	検算	係

正

健 康 保 険  
厚 生 年 金 保 険

被 保 険 者 氏 名 変 更 ( 訂 正 ) 届

( 正 副 ) 2 枚 とも 提出 して くだ さい )

① 健康被保険者証の記号 (年金整理記号)	② 健康保険被保険者証の番号 (年金整理番号)	③ 基 礎 年 金 番 号	④ 生 年 月 日	(ア) 種 別 (性別)	(イ) 備 考
※			昭 5 年 月 日 平 7 令 9	1 . 5 2 . 6 3 . 7	送信
⑤ 変更後の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	変更前の氏名	(氏)	(名)
					⑥ 被保険者証の作成 ※ 不要 0 要 1

この届は必ず事業主経由で提出してください。被保険者が健保組合に直接提出することはできません。  
申請の対象となる健康保険証を必ず添付してください。

受 付 日 付 印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	(	局) 番

年 月 日 提出

社会保険労務士 の提出代行者	
-------------------	--

副

健康保険  
厚生年金保険

被保険者氏名変更（訂正）確認通知書

① 健康被保険者証の記号 (年金整理記号)	② 健康保険被保険者証の番号 (年金整理番号)	③ 基礎年金番号	④ 生年月日	(ア) 種別 (性別)	(イ) 備考		
※	.....	.....	昭5年 月 日 平7 令9	1 . 5 2 . 6 3 . 7 4	送信		
⑤ 変更後の氏名	(フリガナ)		変更前の氏名	(氏)	(名)	⑥ 被保険者証の作成 ※ 不要 0 要 1	送信

上記のとおり氏名変更を確認したので通知します。

年 月 日 提出

確認印

**【記入の方法】**

1. ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば、平成5年2月7日生れの場合、

	年	月	日
昭和 ○平成 令和	0 5	0 2	0 7

のように記入してください。