

令和 年 月 日

常務理事	事務長	検算	係

正

健康保険被扶養者氏名変更（訂正）届
 （正副 2枚とも提出してください）

注意事項
 ※ 続柄は妻、長男、養子、孫、実父、養母、妻の実父、実父の姉、妹、弟など詳しく書いてください。

被保険者	被保険者証	記号	番号	住所	〒				
	所属	TEL (内線・外線)		氏名	(フリガナ)				
被扶養者の変更後の氏名		被扶養者の変更前の氏名		性別 (○でかこむこと)	生年月日			注※ 同居・別居の別 続柄 (○でかこむこと)	変更(訂正)理由
(フリガナ) (氏)	(名)	(フリガナ) (氏)	(名)	男・女	昭・平・令	年	月	日	同・別
(フリガナ) (氏)	(名)	(フリガナ) (氏)	(名)	男・女	昭・平・令	年	月	日	同・別
(フリガナ) (氏)	(名)	(フリガナ) (氏)	(名)	男・女	昭・平・令	年	月	日	同・別
(フリガナ) (氏)	(名)	(フリガナ) (氏)	(名)	男・女	昭・平・令	年	月	日	同・別

令和 年 月 日 提出

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。
申請の対象となる世帯全員の住民票と健康保険証を必ず添付してください。

事業所	
事業主の氏名	
電話	() 番

受付日付印