

# 健康保険届出事項(変更・訂正)届

健保組合決裁欄		
常務理事	事務長	係

※申請書は自書でご記入ください。

現在、交付されている保険証・資格情報のお知らせ等に記載されている氏名を記入

記号 番号	被保険者 氏名	所属	(株) 部署名:
申請 内容	〔 〕内は該当するものを○で囲んでください。 〔 被保険者 被扶養者 〕 の 〔 住所・氏名・フリガナ 続柄・生年月日・その他 〕 の 〔 変更 訂正 〕		
申請 理由	<input type="checkbox"/> 転居(世帯全員) <input type="checkbox"/> 転居(本人のみ) <input type="checkbox"/> 転居(家族のみ) <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 住民票登録氏名と異なっていたため <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )	転居日 氏名等 変更日	年 月 日 年 月 日

<b>住所申請の欄</b>	<input type="checkbox"/> 世帯全員 <input type="checkbox"/> 被保険者単身 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ(対象者名 )		
〒	-	都道府県	市区町村
番地	建物・部屋番号		
(備考) 上記住所は <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> 住民票住所と別 (この場合は下欄に住民票住所を記載してください)			
〒	住民票を移した日   年 月 日		

住所変更【あり】の場合は、上段の住所申請の欄も記入してください

氏名申請の欄	変更(訂正)前	変更(訂正)後	住所変更 有無
<対象者> <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	フリガナ	フリガナ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<対象者> <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	フリガナ	フリガナ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<対象者> <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	フリガナ	フリガナ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

<b>その他の 届出事項の 訂正申請</b>	訂正前		訂正後	
	対象者氏名	内容	<input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 続柄 <input type="checkbox"/> 他( )	

**【注意】**  
自部署での証明は不可  
事業所の人事担当部署で  
証明をうけてください

事業所の	名称
	所在地
	代表者名
	電話番号
提出日	:   年 月 日