**健康保険 被扶養者 　 　　変更（訂正）届**

**氏　名**

**生年月日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 課長 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * この届には、必ず該当者の保険証を添付して　　ください。 * 被扶養者のいる被保険者が氏名変更（訂正）をする場合、その被扶養者すべてにこの届出が必要となります。 | ①  被保険者証の記号と番号 | | 記号 | | 番号 | ②  被保険者の  氏名  (フリガナ) |  | | |
|  | | |
| ③　　変更（訂正）後の被扶養者氏名・生年月日 | | | | | | ④　　変更（訂正）前の被扶養者氏名・生年月日 | | |
| カナ・氏名 |  | | | | | 氏　名 |  | |
|  | | | | |
| 生年月日 | 昭和  平成  令和 | | 年　　　　月　　　　日 | | | 生年月日 | 昭和  平成  令和 | 年　　　　月　　　　日 |
| 備考  □　被保険者氏名変更（訂正）届にともなう届出  上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出いたします。 | | | | | | | | |

〒　　　　－

事業所の所在地

名 称

事業主の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛鉄連健康保険組合理事殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(令和4年10月1日　改)