**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)