

健康保険組合被保険者氏名

変更
訂正

届

		課 長	係 長	係 員

①健康保険被保険者の記号		②健康保険被保険者の番号		③ 生 年 月 日		資格確認書の発行要否
				昭. 5 平. 7	年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要 (該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。)
④ 被保険者の氏名 (変更後)	(フリガナ)					(名)
	(氏)					
⑦変更前の氏名	(氏)					(名)

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	() —

社会保険労務士の提出代行者印

※ 在職者以外の方は個人名で届け出てください。
発行要件に当てはまらない場合は、資格確認書は発行されません。

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和7年12月 改)

◎ 資格確認書をお持ちの方は添付して提出してください。
◎ 被扶養者がいる場合は、被扶養者それぞれの
「被扶養者氏名変更 訂正〜届」と「資格確認書」をお持ちの方は添付し提出してください。