**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・資格確認書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※マイナ保険証をお持ちの方は、原則資格確認書は必要ありません。 | 資格確認書の発行要否□発行が必要(該当する場合は、☑を入れてください。) |

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6年12月　改)