

常務理事	事務長	課 長		

健康保険 被扶養者氏名変更（訂正）届
フリガナ（訂正）届

※変更（訂正）する方が資格確認書の交付を受けている場合は添付してくだ
※ただし、フリガナ変更（訂正）する方の場合には資格確認書の添付は必要ありません。
※事業主を経由して健康保険組合へ提出してください。
※続柄は「長男」や「三女」等、具体的に記入ください。

被保険者	(記号)	被保険者氏名	被保険者生年月日		被保険者の勤務する事業所の名称	組合記入欄
	(番号)		昭和 平成 令和	年		月
		被扶養者の氏名（変更後）			続柄	
	(フリガナ)			(フリガナ)		添付 減失 不要
	(氏)	(名)		(氏)	(名)	発行必要 発行不要
	(フリガナ)			(フリガナ)		添付 減失 不要
	(氏)	(名)		(氏)	(名)	発行必要 発行不要
	(フリガナ)			(フリガナ)		添付 減失 不要
	(氏)	(名)		(氏)	(名)	発行必要 発行不要
	(フリガナ)			(フリガナ)		添付 減失 不要
	(氏)	(名)		(氏)	(名)	発行必要 発行不要

添付書類：変更（訂正）後の氏名が確認できる書類の写し

年 月 日 提出

受付日付印