

# 健康保険 被保険者・被扶養者 氏名変更届

常務理事	事務長	係

(健保受付印)

事業所記号	
事業主所在地	
事業主名称	
事業主氏名	
電話番号	

被保険者	証記号	証番号	生年月日			マイナ保険証	
			昭・平・令	年	月	日	有・無
	変更後の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	変更前の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	
	変更年月日	令和	年	月	日	性別	男・女
	変更事由						

被扶養者1	変更後の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	変更前の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	
	変更年月日	令和	年	月	日	続柄	
	変更事由					マイナ保険証	有・無

被扶養者2	変更後の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	変更前の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	
	変更年月日	令和	年	月	日	続柄	
	変更事由					マイナ保険証	有・無

被扶養者3	変更後の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	変更前の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	
	変更年月日	令和	年	月	日	続柄	
	変更事由					マイナ保険証	有・無

## 【 注意事項 】

必ず、該当者の変更前の「保険証」もしくは「資格確認書」を添付して提出してください

組合使用欄	保険証	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 滅失届添付 <input type="checkbox"/> 未発行
	マイナ保険証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	発行物	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書

## 被保険者・被扶養者 氏名変更届確認通知書

上記のとおり、氏名の変更が確認されたので、通知します。

令和 年 月 日

音羽健康保険組合理事長  
金丸 徳雄