

同年 令和 年 月 日

常務理事	事務長	検算	係

正

健康保険被扶養者氏名変更（訂正）届  
 （正副）2枚とも提出してください

注意事項  
 ※ 続柄は妻、長男、養子、孫、実父、養母、妻の実父、実父の姉、妹、弟など詳しく書いてください。

被保険者	被保険者等	記号	番号	住所	〒				
	所属	TEL (内線・外線)		氏名	(フリガナ)				
被扶養者の変更後の氏名		被扶養者の変更前の氏名		性別 (○でかこむこと)	生年月日			注※ 同居・別居の別 続柄 (○でかこむこと)	変更(訂正)理由
(フリガナ) (氏)	(名)	(フリガナ) (氏)	(名)	男・女	昭・平・令	年	月	日	同・別
(フリガナ) (氏)	(名)	(フリガナ) (氏)	(名)	男・女	昭・平・令	年	月	日	同・別
(フリガナ) (氏)	(名)	(フリガナ) (氏)	(名)	男・女	昭・平・令	年	月	日	同・別
(フリガナ) (氏)	(名)	(フリガナ) (氏)	(名)	男・女	昭・平・令	年	月	日	同・別

令和 年 月 日 提出

この届は必ず事業主経由で提出してください。被保険者が健保組合に直接提出することはできません。

事業所	
事業主の氏名	
電話	
	( 局 ) 番

受付日付印