

健康保険 被保険者 被扶養者 氏名・生年月日・性別 変更

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

記入見本  
(本人の氏名変更)  
(資格確認書の発行が、必要な場合)

|            |   |   |   |   |   |   |       |                   |  |
|------------|---|---|---|---|---|---|-------|-------------------|--|
| 被保険者の記号・番号 |   |   |   |   |   |   |       | 被保険者氏名(変更) 変更後の名前 |  |
| 1          | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 健保 花子 |                   |  |

|                         |                                                                                                                              |                                 |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 変更【訂正】理由(該当理由に✓を入れて下さい) | <input checked="" type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 誤届 | ※ 左記、性別の場合、戸籍上の裁判裁定【発行】日(性別変更日) |
|                         | <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                  | 令和 年 月 日                        |

| 変更後(訂正後)                |     |                       |    | 資格確認書発行の要否 ※1<br>(発行が必要な場合 ✓)             | 変更前(訂正前)                 |     |                       |    |
|-------------------------|-----|-----------------------|----|-------------------------------------------|--------------------------|-----|-----------------------|----|
| 氏名                      | 性別  | 生年月日                  | 続柄 |                                           | 氏名                       | 性別  | 生年月日                  | 続柄 |
| (フリガナ) ケンポ ハナコ<br>健保 花子 | 男 女 | 昭和 6 年 4 月 10 日<br>平成 | 本人 | <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 | (フリガナ) イマジカ ハナコ<br>今近 花子 | 男 女 | 昭和 6 年 4 月 10 日<br>平成 | 本人 |
| (フリガナ)                  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    | <input type="checkbox"/> 発行が必要            | (フリガナ)                   | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |
| (フリガナ)                  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    | <input type="checkbox"/> 発行が必要            | (フリガナ)                   | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |
| (フリガナ)                  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    | <input type="checkbox"/> 発行が必要            | (フリガナ)                   | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |

届出には証明書類が必要となる場合があります。添付書類については、健康保険組合にお問合せ下さい。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

|                         |                                                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主名 | 太枠内ご記入後は、事業所の<br>担当者へご提出ください。<br>事業主にて証明後、事業主より<br>健保組合へ提出となります。 |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|

|                |  |
|----------------|--|
| 社会保険労務士<br>記載欄 |  |
|----------------|--|

※1 資格確認書の交付対象者(オンライン資格確認を受けることができない状況にある方)

- ・マイナンバーカードを取得していない方
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている方
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方
- ・マイナ保険証の利用登録解除を申請した方
- ・マイナンバーカードを紛失した・更新中の方
- ・マイナンバーカードを返納した方
- ・マイナ保険証での受診が困難、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を援助する必要がある方

健康保険 被保険者 被扶養者 氏名・生年月日・性別 変更

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

記入見本

(本人・家族の氏名変更)  
(資格確認書の発行が、必要な場合)

|            |   |   |   |   |   |   |  |                   |  |  |  |
|------------|---|---|---|---|---|---|--|-------------------|--|--|--|
| 被保険者の記号・番号 |   |   |   |   |   |   |  | 被保険者氏名(変更) 変更後の名前 |  |  |  |
| 1          | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |  | 健保 花子             |  |  |  |

|                         |                                                                                                                              |  |  |                                 |  |  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|
| 変更【訂正】理由(該当理由に✓を入れて下さい) | <input type="checkbox"/> 結婚 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 誤届 |  |  | ※ 左記、性別の場合、戸籍上の裁判裁定【発行】日(性別変更日) |  |  |
|                         | <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                  |  |  | 令和 年 月 日                        |  |  |

| 変更後(訂正後)                |     |                           |              | 資格確認書発行の要否 ※1<br>(発行が必要な場合 ✓)             | 変更前(訂正前)                 |     |                           |    |
|-------------------------|-----|---------------------------|--------------|-------------------------------------------|--------------------------|-----|---------------------------|----|
| 氏名                      | 性別  | 生年月日                      | 続柄           |                                           | 氏名                       | 性別  | 生年月日                      | 続柄 |
| (フリガナ) ケンポ ハナコ<br>健保 花子 | 男 女 | 昭和 6 年 4 月 10 日<br>平成     | 本人           | <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 | (フリガナ) イマジカ ハナコ<br>今近 花子 | 男 女 | 昭和 6 年 4 月 10 日<br>平成     | 本人 |
| (フリガナ) ケンポ ジロウ<br>健保 次郎 | 男 女 | 昭和 2 年 10 月 23 日<br>平成 令和 | 長男           | <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 | (フリガナ) イマジカ ジロウ<br>今近 次郎 | 男 女 | 昭和 2 年 10 月 23 日<br>平成 令和 | 長男 |
| (フリガナ)                  | 男 女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和         | 子では<br>ありません | <input type="checkbox"/> 発行が必要            | (フリガナ)                   | 男 女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和         |    |
| (フリガナ)                  | 男 女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和         |              | <input type="checkbox"/> 発行が必要            | (フリガナ)                   | 男 女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和         |    |

届出には証明書類が必要となる場合があります。添付書類については、健康保険組合にお問合せ下さい。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

|                         |                                                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主名 | 太枠内ご記入後は、事業所の<br>担当者へご提出ください。<br>事業主にて証明後、事業主より<br>健保組合へ提出となります。 |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|

|                |  |
|----------------|--|
| 社会保険労務士<br>記載欄 |  |
|----------------|--|

※1 資格確認書の交付対象者(オンライン資格確認を受けることができない状況にある方)

- ・マイナンバーカードを取得していない方
- ・マイナンバーカードの有効期限が切れている方
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方
- ・マイナ保険証の利用登録解除を申請した方
- ・マイナンバーカードを紛失した・更新中の方
- ・マイナンバーカードを返納した方
- ・マイナ保険証での受診が困難、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を援助する必要がある方

健康保険 被保険者 氏名・生年月日・性別 変更

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

記入見本  
(家族の生年月日が誤りだった場合)  
(資格確認書の発行は、必要ない場合)

|            |   |   |   |   |   |   |              |
|------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| 被保険者の記号・番号 |   |   |   |   |   |   | 被保険者氏名 (変更後) |
| 1          | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 健保 太郎        |

|                          |                                                                                                                              |                                  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 変更【訂正】理由 (該当理由に✓を入れて下さい) | <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input checked="" type="checkbox"/> 誤届 | ※ 左記、性別の場合、戸籍上の裁判裁定【発行】日 (性別変更日) |
|                          | <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                 | 令和 年 月 日                         |

| 変更後 (訂正 後) |     |                 |    | 資格確認書発行<br>の要否 ※1<br>(発行が必要な場合 ✓) | 変更前 (訂正 前) |     |                 |    |
|------------|-----|-----------------|----|-----------------------------------|------------|-----|-----------------|----|
| 氏名         | 性別  | 生年月日            | 続柄 |                                   | 氏名         | 性別  | 生年月日            | 続柄 |
| (フリガナ)     | 男・女 | 昭和 年 月 日        | 本人 | <input type="checkbox"/> 発行が必要    | (フリガナ)     | 男・女 | 昭和 年 月 日        | 本人 |
| 対象者の氏名     | 男・女 | 正しい生年月日         | 本人 | <input type="checkbox"/> 発行が必要    | ケンポ ジロウ    | 男・女 | 昭和 年 月 日        | 本人 |
| 健保 二郎      | 男   | 昭和 6 年 5 月 10 日 | 長男 | <input type="checkbox"/> 発行が必要    | 健保 二郎      | 男   | 昭和 6 年 5 月 11 日 | 長男 |
| (フリガナ)     | 男・女 | 昭和 平成 令和 年 月 日  |    | <input type="checkbox"/> 発行が必要    | (フリガナ)     | 男・女 | 昭和 平成 令和 年 月 日  |    |
| (フリガナ)     | 男・女 | 昭和 平成 令和 年 月 日  |    | <input type="checkbox"/> 発行が必要    | (フリガナ)     | 男・女 | 昭和 平成 令和 年 月 日  |    |

届出には証明書類が必要となる場合があります。添付書類については、健康保険組合にお問合せ下さい。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

|        |                                                                  |
|--------|------------------------------------------------------------------|
| 事業所所在地 | 太枠内ご記入後は、事業所の<br>担当者へご提出ください。<br>事業主にて証明後、事業主より<br>健保組合へ提出となります。 |
| 事業所名称  |                                                                  |
| 事業主名   |                                                                  |

|                |  |
|----------------|--|
| 社会保険労務士<br>記載欄 |  |
|----------------|--|

※1 資格確認書の交付対象者 (オンライン資格確認を受けることができない状況にある方)

- ・マイナンバーカードを取得していない方
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている方
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方
- ・マイナ保険証の利用登録解除を申請した方
- ・マイナンバーカードを紛失した・更新中の方
- ・マイナンバーカードを返納した方
- ・マイナ保険証での受診が困難、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を援助する必要がある方

健康保険 被保険者 被扶養者 氏名・生年月日・性別 変更

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

記入見本  
(漢字の変更「高」→「高」)  
(資格確認書の発行が、必要な場合)

| 被保険者の記号・番号 |   |   |   |   |   |   |  | 被保険者氏名(変更 変更後の名前) |
|------------|---|---|---|---|---|---|--|-------------------|
| 1          | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |  | 高橋 花子             |

|                         |                                                                                                                   |                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 変更【訂正】理由(該当理由に✓を入れて下さい) | <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 誤届 | ※ 左記、性別の場合、戸籍上の裁判裁定【発行】日(性別変更日) |
|                         | <input type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> その他(戸籍上の漢字が「高」なので変更したい。)                          | 令和 年 月 日                        |

| 変更後(訂正後)                 |     |                       |    |  | 資格確認書発行の要否 ※1<br>(発行が必要な場合 ✓)             | 変更前(訂正前)                 |     |                       |    |  |
|--------------------------|-----|-----------------------|----|--|-------------------------------------------|--------------------------|-----|-----------------------|----|--|
| 氏名<br>変更後の名前             | 性別  | 生年月日                  | 続柄 |  |                                           | 氏名<br>変更前の名前             | 性別  | 生年月日                  | 続柄 |  |
| (フリガナ) タカハシ ハナコ<br>高橋 花子 | 男 女 | 昭和 6 年 4 月 10 日<br>平成 | 本人 |  | <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 | (フリガナ) タカハシ ハナコ<br>高橋 花子 | 男 女 | 昭和 6 年 4 月 10 日<br>平成 | 本人 |  |
| (フリガナ)                   | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  | <input type="checkbox"/> 発行が必要            | (フリガナ)                   | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  |
| (フリガナ)                   | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  | <input type="checkbox"/> 発行が必要            | (フリガナ)                   | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  |
| (フリガナ)                   | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  | <input type="checkbox"/> 発行が必要            | (フリガナ)                   | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  |

届出には証明書類が必要となる場合があります。添付書類については、健康保険組合にお問合せ下さい。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

|                         |                                                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主名 | 太枠内ご記入後は、事業所の<br>担当者へご提出ください。<br>事業主にて証明後、事業主より<br>健保組合へ提出となります。 |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|

|                |  |  |
|----------------|--|--|
| 社会保険労務士<br>記載欄 |  |  |
|----------------|--|--|

※1 資格確認書の交付対象者(オンライン資格確認を受けることができない状況にある方)

- ・マイナンバーカードを取得していない方
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている方
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方
- ・マイナ保険証の利用登録解除を申請した方
- ・マイナンバーカードを紛失した・更新中の方
- ・マイナンバーカードを返納した方
- ・マイナ保険証での受診が困難、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を援助する必要がある方

健康保険 被保険者 被扶養者 氏名・生年月日・性別 変更

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

記入見本

(本人の氏名・性別変更)  
(資格確認書の発行が、必要ない場合)

|            |   |   |   |   |   |   |  |                   |  |  |  |
|------------|---|---|---|---|---|---|--|-------------------|--|--|--|
| 被保険者の記号・番号 |   |   |   |   |   |   |  | 被保険者氏名(変更) 変更後の名前 |  |  |  |
| 1          | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |  | 健保 花子             |  |  |  |

|                         |                                                                                                                   |                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 変更【訂正】理由（該当理由に✓を入れて下さい） | <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 誤届 | ※ 左記、性別の場合、戸籍上の裁判裁定【発行】日（性別変更日） |
|                         | <input checked="" type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> その他（                      ）                       | 令和   7   年   5   月   1   日      |
|                         |                                                                                                                   |                                 |

★ 性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律に基づく性別変更の場合は、戸籍抄本または戸籍謄本(原本)も必ず添付してください。

| 変更後(訂正後)                |     |                       |    |  | 資格確認書発行の要否 ※1<br>(発行が必要な場合 ✓)  | 変更前(訂正前)                |     |                       |    |  |
|-------------------------|-----|-----------------------|----|--|--------------------------------|-------------------------|-----|-----------------------|----|--|
| 氏名                      | 性別  | 生年月日                  | 続柄 |  |                                | 氏名                      | 性別  | 生年月日                  | 続柄 |  |
| (フリガナ) ケンポ タロウ<br>健保 太郎 | 男   | 昭和 6 年 4 月 10 日<br>平成 | 本人 |  | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | (フリガナ) ケンポ ハナコ<br>健保 花子 | 女   | 昭和 6 年 4 月 10 日<br>平成 | 本人 |  |
| (フリガナ)                  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | (フリガナ)                  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  |
| (フリガナ)                  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | (フリガナ)                  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  |
| (フリガナ)                  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | (フリガナ)                  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和     |    |  |

届出には証明書類が必要となる場合があります。添付書類については、健康保険組合にお問合せ下さい。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

|                         |                                                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主名 | 太枠内ご記入後は、事業所の<br>担当者へご提出ください。<br>事業主にて証明後、事業主より<br>健保組合へ提出となります。 |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|

|                |  |
|----------------|--|
| 社会保険労務士<br>記載欄 |  |
|----------------|--|

※1 資格確認書の交付対象者(オンライン資格確認を受けることができない状況にある方)

- ・マイナンバーカードを取得していない方
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている方
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方
- ・マイナ保険証の利用登録解除を申請した方
- ・マイナンバーカードを紛失した・更新中の方
- ・マイナンバーカードを返納した方
- ・マイナ保険証での受診が困難、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を援助する必要がある方