

健康保険 被保険者・被扶養者 氏名変更（訂正） 届  
生 年 月 日 訂 正

常務理事	事務長	課長	係長	係

被保険者等		被保険者氏名	
記号	番号		
個人番号 (マイナンバー)		【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号 (マイナンバー) を記入する必要はありません。	

【注意】 「資格確認書」または「健康保険被保険者証(令和7年12月1日の変更まで)」をお持ちの方は、この届書に必ず添付してください。

被 保 険 者	氏 名	フリガナ			生 年 月 日	変 更 後	昭 ・ 平	年	月	日生
		変 更 後	(氏)	(名)						
	フリガナ			月 日	変 更 前	昭 ・ 平	年	月	日生	
		変 更 前	(氏)		(名)					
変 更 年 月 日		令和	年	月	日	変 更 事 由				
							★□に✓を付してください。マイナンバー カードを取得していない者などに限りま す。理由は下の①～④から選択してくださ い。	資格確認書 発行要否★ 理由 (○をつける)	□発行が必要 ① ② ③ ④	

被 扶 養 者 ①	氏 名	フリガナ			生 年 月 日	変 更 後	昭 平 令	年	月	日生
		変 更 後	(氏)	(名)						
	フリガナ			月 日	変 更 前	昭 平 令	年	月	日生	
		変 更 前	(氏)		(名)					
変 更 年 月 日		令和	年	月	日	変 更 事 由				
							★□に✓を付してください。マイナンバー カードを取得していない者などに限りま す。理由は下の①～④から選択してくださ い。	資格確認書 発行要否★ 理由 (○をつける)	□発行が必要 ① ② ③ ④	

被 扶 養 者 ②	氏 名	フリガナ			生 年 月 日	変 更 後	昭 平 令	年	月	日生
		変 更 後	(氏)	(名)						
	フリガナ			月 日	変 更 前	昭 平 令	年	月	日生	
		変 更 前	(氏)		(名)					
変 更 年 月 日		令和	年	月	日	変 更 事 由				
							★□に✓を付してください。マイナンバー カードを取得していない者などに限りま す。理由は下の①～④から選択してくださ い。	資格確認書 発行要否★ 理由 (○をつける)	□発行が必要 ① ② ③ ④	

被 扶 養 者 ③	氏 名	フリガナ			生 年 月 日	変 更 後	昭 平 令	年	月	日生
		変 更 後	(氏)	(名)						
	フリガナ			月 日	変 更 前	昭 平 令	年	月	日生	
		変 更 前	(氏)		(名)					
変 更 年 月 日		令和	年	月	日	変 更 事 由				
							★□に✓を付してください。マイナンバー カードを取得していない者などに限りま す。理由は下の①～④から選択してくださ い。	資格確認書 発行要否★ 理由 (○をつける)	□発行が必要 ① ② ③ ④	

●資格確認書の発行要否と理由

: 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「発行が必要」の□に✓を付してください。

「発行が必要」な方は、必ず以下の ① ～ ④ の理由を選択してください。

※資格確認書が発行できるのは、以下に該当する場合に限りです。

- ①マイナンバーカードを取得していない者(マイナンバーカードの返納者、新生児を含む)  
②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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者  
③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者  
④マイナ保険証の利用が困難な方(要介護の方、障がいをお持ちの方、施設に入居の方など)

●当健康保険組合で、マイナ保険証の登録状況が確認できますので、正しく申請をお願いします。

上記の通り変更したのでお届けします。

令和 年 月 日

事 業 所 所 在 地

事 業 所 名 称

事 業 主 氏 名