

健康保険 関係事項 訂正・変更・取消届

健保使用欄				
常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当

事業主記入欄	適用事業所記号		
	所在地	年 月 日	
	名称		
事業主氏名			
電話番号			

届出事項 (該当番号を○で囲む)	被保険者証添付	届出事項 (該当番号を○で囲む)	被保険者証添付
1 漢字氏名・カナ氏名 変更 訂正	必要	5 資格取得日訂正または取得取消	必要
2 生年月日 訂正	必要	6 資格喪失日訂正または喪失取消	-
3 性別 訂正	必要	7 標準報酬月額 訂正	-
4 続柄 訂正	-		

被保険者証の記号・番号										被保険者氏名	所属部課名(略称)	所属電話番号
記号	記号	記号	記号	記号	記号	記号	記号	記号	記号			

(訂正・変更・取消) 前	(訂正・変更・取消) 後	備 考			
訂正・変更・取消の理由	訂正・変更・取消の年月日	年号	年	月	日

「年号」は和暦の頭文字を記入
令和 → R 等

《注意事項》

1. 被保険者および被扶養者の登録事項に訂正・変更・取消がある場合は、本届を使用してください。
2. 被保険者証の券面表示が変わる届出には被保険者証の添付が必要です。(上表届出事項1～3, 5)
3. 被保険者の漢字氏名を訂正・変更する場合は、被扶養者全員の被保険者証も添付してください。(被保険者証の券面表示が全員変更になります)
4. 漢字氏名を訂正・変更する場合は、カナ氏名も必ず記入してください。
5. 被扶養者の漢字氏名、生年月日、性別、続柄の訂正・変更には公的書類(住民票・免許証等)の写しが必要です。(ただし、任継・特退制度の加入者は被保険者の訂正・変更でも公的書類の写しが必要です。)
6. 標準報酬月額を訂正する場合は、円単位の報酬月額も記入してください。

受付日付印