

常務理事	事務長		担当者

健康保険 被扶養者変更・訂正届

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号
	記号番号が不明な場合はマイナンバーを記入		
	氏 名		

<< 対象被扶養者 >>		変更年月日	年	月	日
該当する番号に○をつけてください		変更・訂正前	変更・訂正後		
1	氏 名	フリガナ -----	フリガナ -----		
2	生年月日	昭平令 年 月 日	昭平令 年 月 日		
3	性 別	男 ・ 女	男 ・ 女		
4	続 柄				
5	個人番号 (マイナンバー)				

※添付書類
健康保険被保険者証又は資格確認書（1～3の場合）
変更が確認できる公的書類（コピー可）（1～5の場合）

★1～4の場合・・・『変更・訂正前』の欄は変更箇所のみを記入し、『変更・訂正後』の欄は1～4すべてを記入してください。
★5の場合・・・『変更・訂正後』の欄すべてを記入してください。

事業主欄	上記のとおり相違ないことを証明します。
	事業所住所
	事業所名称
	事業主氏名
電話番号： ()	

受付年月日