

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

健康保険 被扶養者変更・訂正届

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号		番号	
	氏名				

【変更対象被扶養者】		変更年月日	年	月	日
変更該当番号に○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				
変更・訂正理由					

※ 添付書類 健康保険被保険者証と変更・訂正が確認できる公的書類(コピー可)を必ず添付ください。
また、氏名の変更・訂正理由が被保険者の婚姻の場合は、必ず住民票の添付もお願いします。

事 業 主 欄	事業所住所
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号 ()

社会保険労務士の提出代行者欄

受付日付印

★ 『変更・訂正前』は変更箇所のみを、『変更・訂正後』にはすべての欄を記入してください。