

健康保険 被保険者・被扶養者 事項変更届 (性別・続柄)

令和 年 月 日 記入		※右詰めでご記入下さい。						
記号	番号	被 保 険 者 氏 名				事 業 所 名		
変 更 対 象 者 名		性 別		続 柄		変 更 年 月 日	変 更 理 由	
姓	名	変 更 前	変 更 後	変 更 前	変 更 後			
フリガナ		男・女	男・女			令和 年 月 日	1.健康保険組合への届出誤り 2.その他	

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主名		
電 話	()	

※太枠内を記入し、該当項目に○を付けてください。

※「戸籍謄本(写)」等の変更内容の確認できる書類を添付してください。

※性別変更の方で、「健康保険資格確認書」が交付されている場合は添付してください。

受付日付印

健保決裁欄				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者