

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										
1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	健保 太郎					(株)○○										
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		令和 ○ 年 × 月 △ 日			1.健康保険組合への届出誤り 2.その他			
フリガナ				フリガナ							男・女		男・女			長男		次女								
健保				ケンボ レイ							男		女			長男		次女								

事業所所在地	〒 111 - 1111
事業所名称	東京都江東区城南□□-○○-△ 株式会社 ○○
事業主名	代表取締役社長 ○○ ○○○
電話	123 (456) 7890

※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

(適用様式44号)08.04