

健康保険 被扶養者氏名変更(訂正)届

常務	事務長		扱者

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。

① 事業所記号		② 被保険者番号		③ 続柄	④ 個人番号				⑤ 生 年 月 日		
								年 月 日 昭和 平成 令和		
⑥ 被扶養者の氏名 (変更後)	(氏)	(名)			⑦ 変更前の氏名	(氏)	(名)			⑧ 資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
	(フリガナ)					(フリガナ)					

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

この届出書記載のとおり提出します。	
令和 年 月 日 提出	
被保険者氏名	

受付印

横浜港運健康保険組合

【記入の方法】

1. ④は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。

2. ⑤の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

昭和	年	月	日
平成	3	2	0
令和	2	0	7

のように記入してください。

3. ⑥の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

4. ⑧ 資格確認書の発行が必要な方でA・Bに該当する方は併せて「健康保険資格確認書 再交付申請書」もご提出ください。

本人の申請により資格確認書を交付する方

- A マイナンバーカードを紛失した・更新中のため
- B マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため

原則、健康保険組合の職権で資格確認書を交付する方

- C マイナンバーカードを取得していないため
- D マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていないため
- E マイナ保険証の利用登録解除をしたため
- F マイナンバーカードの電子証明書の有効期限がきたため
- G マイナンバーカードを返納したため

5.この届出には氏名が確認できる添付書類が必要となります。(住民票など)