

この欄は、必ず記入してください。

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険 被扶養者 変更・訂正 届

該当する方の被保険者証を添付してください。

健康保険被保険者証				被保険者の氏名				生 年 月 日				性別	資 格 取 得 日								
記号		番号		(氏)		(名)		昭和	年	月	日	男	昭和	平成	令和	年	月	日			
×	×	×		○	○	○	日 揮 太 郎	昭和	3	7	0	4	2	1	平成	6	1	0	4	0	1
申請の事由																					
苗字の訂正、交付時記載ミスのため。																					

変更・訂正 後 (該当箇所のみ記入)										変更・訂正 前 (被保険者証に記載されている内容)										
氏 名			生年月日				性別	続柄	氏 名			生年月日				性別	続柄			
カナ			昭 和						カナ	ニッキ	ハナコ	昭 和								
漢字	日 揮		平 成						漢字	日 輝	花 子	平 成	4	1	0	9	0	1	女	妻
カナ			昭 和						カナ	ニッキ	イチロウ	昭 和								
漢字	日 揮		平 成						漢字	日 輝	一 朗	平 成	0	8	0	2	2	0	男	長男
カナ			昭 和						カナ	ニッキ	ジロウ	昭 和								
漢字	日 揮		平 成						漢字	日 輝	二 朗	平 成	1	1	0	1	0	9	男	二男
カナ			昭 和						カナ	ニッキ	ハナヨ	昭 和								
漢字	日 揮		平 成						漢字	日 輝	花 代	平 成	1	3	1	0	3	1	女	長女
カナ			昭 和						カナ			昭 和								
漢字			平 成						漢字			平 成								

令和 1 年 10 月 5 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称	事業主の証明	
事業主氏名	(任継・特退は記入不要)	
電 話	番	⑤