

常務理事	事務長	課長代理	主任	担当

健康保険 被保険者 氏名・生年月日変更(訂正)届

＜被保険者情報＞

記号	番号	氏 名		生 年 月 日
		フリガナ		
1	1234567	スズキ	ハナコ	昭和 63 年 12 月 24 日
		姓	名	
		鈴木	花子	
住所				電話番号
〒 999 - 9999 東京都〇〇区〇〇〇〇1-2-301				999-9999-9999

変 更 後 の 氏 名							変 更 理 由						
フリガナ							婚姻のため						
アオキ			ハナコ										
姓			名										
青木			花子										
変 更 後 の 生 年 月 日							変 更 理 由						
昭和	63	年	12	月	25	日	届出時、記載誤りのため						

資格確認書発行	希望	☒ 資格確認書の発行を希望します ※マイナ保険証をお持ちの方には発行できません。
	理由	2.マイナンバーカードを返納している
返却	今まで使用していたJERA健保の保険証等(高齢受給者証・限度額適用認定証の交付者は一緒に)を、以下へセロテープ等で留めて返却してください。(JERAの方は、審査箇所による審査完了後に添付)本申請書と一緒に保険証等が返却できない場合は、理由および返却予定日を記入してください。	

(保険証等添付欄)		(保険証等添付欄)	
【理由】		【理由】	
【返却予定日】	年 月 日	【返却予定日】	年 月 日
(高 ・ 限)		(高 ・ 限)	

上記のとおり提出いたします。

令和 6年6月1日

受付日付印

事業所所在地

事業所名称

事業主

電話

社会保険労務士の提出代行