

博報堂健康保険組合理事長 御中

常務理事	事務長	部長	係

### 健康保険 被保険者 氏名変更(訂正)届 兼 住所変更届

従業員番号				
(任継、特退の方は記入不要)				
被保険者等		生年月日	氏名変更年月日	変更理由
記号	番号			
.....	.....	昭和 平成 令和	.....年.....月.....日	令和.....年.....月.....日

フリガナ			変更前の氏名	
変更後の氏名	(氏)	(名)		

<氏名変更と同時に住所変更の場合のみ記入>※変更後の住所を記入してください。

〒			
Tel( )	—	携帯電話( )	—

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

(任継、特退の方は記入不要)

-----  
受付日付印

#### <資格確認書の交付について>

健保にて保有状況を確認し、マイナ保険証(保険証利用登録をしたマイナンバーカード)をお持ちでない方には資格確認書を交付します。

◎ 消えないボールペンでご記入ください。

◎ 必ず、新氏名・旧氏名が確認できる書類(例・婚姻受理証明書・戸籍抄本など)を添付してください。

◎ 有効期限内の資格確認書をお持ちの場合は要添付。

◎ 被扶養者の氏名変更は、被扶養者(異動)届に記入してください。