

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				
変更後の氏名	(氏)	(名)	変更前の氏名	

〈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。
※被保険者証、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。