健 康 保 険　**被扶養者氏名変更届**

記入見本

提出者記入欄		
事業所番号	△ △ △	
事業所所在地	〒 ○○○ ー ○○○○ 大阪府大阪市中央区○○町○○ー○○	令和　○ ○　年　○ ○　月　○ ○　日提出
事業所名称	○○株式会社	社会保険労務士記載欄
事業主氏名	取締役社長○○　○○	氏　名　等
電話番号	○○ ー ○○○○ ー ○○○	

事業主が記入する欄です

記号・番号は「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」、マイナポータル等でご確認ください

被保険者記入欄		
① 被保険者記号・番号	○○	○○○○○
② 被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)(氏) ダイワ	(名) ハナコ
	大和	花子

新氏名を記入

＜資格確認書発行理由欄＞

＊⑥資格確認書発行要否欄の「□発行が必要」にチェックした方は
下記１～４の　理由を（理由欄の番号：　）にご記入ください

※以下に該当しない場合は「資格確認書」は発行対象外となります

1. マイナンバーカードを取得していない、またはマイナンバーカードを返納した
2. 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
3. 利用登録解除を申請した、または利用登録解除者
4. マイナンバーカードの電子証明書が有効期限切

旧氏名を記入

被扶養者1	変更後		変更前	
② 被扶養者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)(氏) ダイワ	(名) タロウ	(ﾌﾘｶﾞﾅ)(氏) ヤマダ	(名) タロウ
	大和	太郎	山田	太郎

③ 被保険者生年月日	④ 性別	⑤ 変更理由	＊⑥ 資格確認書発行要否
5.昭和 7.平成 9.令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	1. 男 2. 女	変更理由をご記入ください 被保険者離婚のため	☑ 発行が必要（理由欄の番号：　2　）

「資格確認書」を希望する場合は、「□　発行が必要」のチェックボックスにチェックのうえ、
必要とする理由を上記＜資格確認書発行理由欄＞１～４から選択して（理由欄の番号：　）
に番号をご記入ください（１～４に該当しない場合は記入不要）

被扶養者2				
② 被扶養者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)(氏)			
③ 被保険者生年月日	④ 性別	⑤ 変更理由	＊⑥ 資格確認書発行要否	
5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1. 男 2. 女	変更理由をご記入ください	□ 発行が必要（理由欄の番号：　）	

被扶養者3	変更後		変更前	
② 被扶養者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)(氏)	(名)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)(氏)	(名)

③ 被保険者生年月日	④ 性別	⑤ 変更理由	＊⑥ 資格確認書発行要否	
5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1. 男 2. 女	変更理由をご記入ください	□ 発行が必要（理由欄の番号：　）	

受 付 日 付 印

常務理事	事務長	担当

ダイワボウ健康保険組合