健 康 保 険　**被保険者氏名変更届**

記入見本

令和　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日提出

提出者記入欄		
事業所番号	△ △ △	
事業所所在地	〒 〇〇〇 ー 〇〇〇〇 大阪府大阪市中央区〇〇町〇〇ー〇〇	事業主が記入する欄です
事業所名称	〇〇株式会社	
事業主氏名	取締役社長〇〇　〇〇	
電話番号	〇〇　（　〇〇〇〇　）　〇〇〇〇	

社会保険労務士記載欄
氏　名　等

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	〇〇	〇〇〇〇〇	新氏名を記入	旧氏名を記入
② 被保険者氏名	変更後		変更前	
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）（氏） ダイワ	（名） ハナコ	（ﾌﾘｶﾞﾅ）（名） ヤマダ	（名） ハナコ
	大和	花子	山田	花子
③ 被保険者生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 〇 年 〇 月 〇 日	④ 性別	1. 男 2. 女	⑤ 変更理由
	変更理由をご記入ください 結婚のため	変更理由を記入	⑥ 備考	
⑦ 資格確認書発行要否	☑ 発行が必要 ＊「□ 発行が必要」にチェックした方は右記１～４の該当する番号に〇してください	＜資格確認書発行理由＞ 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れ	＊以下に該当しない場合は発行対象外となります	

「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１～４から選択して〇を付けてください（該当しない場合は⑦は記入不要）

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