

健康保険 被保険者 氏名変更届 (兼 紛失届)  
被扶養者

- (1) 結婚・離婚以外の理由の場合は、戸籍謄本の写し(コピー可)を添付してください。  
(2) 有効期限内の「氏名変更前の資格確認書」をお持ちの場合は、添付してください。  
(3) 有効期限内の資格確認書を紛失した場合は、発見し次第ただちに返却してください。本来返却が必須ですので、今後はご注意ください。

申請日: 〇〇年 〇月 〇日

|             |                       |                                     |            |       |                  |                      |       |       |       |
|-------------|-----------------------|-------------------------------------|------------|-------|------------------|----------------------|-------|-------|-------|
| 被保険者 (記入必須) | 記号・番号<br>(不明な場合は記載不要) | 記号 〇 - 番号 〇〇〇〇                      | GUI (記入必須) | 〇〇〇〇〇 | 生年月日             | 5 昭和<br>7 平成<br>9 令和 | 〇 〇 年 | 〇 〇 月 | 〇 〇 日 |
|             | 変更前の氏名                | フリガナ ケンポ タロウ<br>健保 太郎               |            |       |                  |                      |       |       |       |
|             | 郵便番号                  | 000 - 0000                          |            | 電話番号  | 012 - 345 - 6789 |                      |       |       |       |
|             | 住所                    | 〇〇 都 道<br>府 県 〇〇市1-2-3 〇〇マンション101号室 |            |       |                  |                      |       |       |       |

|     |       |         |         |               |               |     |               |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |
|-----|-------|---------|---------|---------------|---------------|-----|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 被保険者  | 変更前の氏名  | 健保 太郎   |               |               |     | 続柄            | 本人                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |
|     |       | フリガナ    | ホケン タロウ |               |               |     | 氏名変更前の資格確認書返却 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 有効期限切れにより破棄<br><input type="checkbox"/> マイナ保険証利用登録により破棄<br><input checked="" type="checkbox"/> 紛失その他( )<br><input type="checkbox"/> 交付なし |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |
|     |       | 変更後の氏名  | 保健 太郎   |               |               |     |               |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |
|     |       | 氏名変更の理由 | 結婚      | 事由発生日 (氏名変更日) | 9令和           | 年   | 月             | 日                                                                                                                                                                                                | 医療機関等の受診方法                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証を利用<br><input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用ができないため資格確認書の再発行を希望<br>※健保でマイナ保険証利用登録状況を確認し、必要な方のみを発行します。 |
|     | 被扶養者① | 変更前の氏名  |         |               |               |     | 続柄            |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |
|     |       | フリガナ    |         |               |               |     | 氏名変更前の資格確認書返却 | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 有効期限切れにより破棄<br><input type="checkbox"/> マイナ保険証利用登録により破棄<br><input type="checkbox"/> 紛失その他( )<br><input type="checkbox"/> 交付なし            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |
|     |       | 変更後の氏名  |         |               |               |     |               |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |
|     |       | 氏名変更の理由 |         | 事由発生日 (氏名変更日) | 9令和           | 年   | 月             | 日                                                                                                                                                                                                | 医療機関等の受診方法                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> マイナ保険証を利用<br><input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用ができないため資格確認書の再発行を希望<br>※健保でマイナ保険証利用登録状況を確認し、必要な方のみを発行します。            |
|     |       | 被扶養者②   | 変更前の氏名  |               |               |     |               | 続柄                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |
|     |       |         | フリガナ    |               |               |     |               | 氏名変更前の資格確認書返却                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> 有効期限切れにより破棄<br><input type="checkbox"/> マイナ保険証利用登録により破棄<br><input type="checkbox"/> 紛失その他( )<br><input type="checkbox"/> 交付なし |                                                                                                                                              |
|     |       |         | 変更後の氏名  |               |               |     |               |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |
|     |       |         | 氏名変更の理由 |               | 事由発生日 (氏名変更日) | 9令和 | 年             | 月                                                                                                                                                                                                | 日                                                                                                                                                                                     | 医療機関等の受診方法                                                                                                                                   |

確認日付印

|      |        |                                                                     |
|------|--------|---------------------------------------------------------------------|
| 事業主欄 | 事業所所在地 | ※事業主証明欄<br>空欄のまま事業所委託先の<br>社労士法人へ提出してください。<br>(委託先で押印後、健保組合に回送されます) |
|      | 事業所名称  |                                                                     |
|      | 事業主氏名  |                                                                     |
|      | 電話番号   |                                                                     |
|      |        |                                                                     |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記入欄 |  |
|-----------------------|--|

※紛失した場合は下記へご記入ください。

|     |            |                                    |
|-----|------------|------------------------------------|
| 紛失届 | 紛失した年月日・時間 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日<br>午後 〇 時 〇〇 分ごろ |
|     | 場所         | 自宅                                 |
|     | 状況         | 引っ越しの際に紛失しました                      |

|       |      |     |  |    |
|-------|------|-----|--|----|
| 健保使用欄 | 常務理事 | 事務長 |  | 担当 |
|       |      |     |  |    |