

決	常務理事	事務長	担当	担当	担当
裁					

健康保険
 被保険者 氏名変更届
 被扶養者

オオゼキ健康保険組合理事長 殿

添付書類	①： 変更する方の保険証を添付してください。 ②： 保険証を滅失した時は、「健康保険 滅失（き損）再交付申請書」を添付してください。 ③： 受理証明書（写）を添付してください。
------	--

※下記太枠内について、漏れなく記入して下さい。

被保険者証の		記号	番号	提出日	令和	年	月	日	
				変更前 被保険者氏名					
変更年月日		令和 年 月 日							
変更理由		結婚 ・ 離婚 ・ その他（詳細：)							
変更後 被保険者氏名		フリガナ							
被扶養者欄	変更前 氏名					続柄			
	変更後 氏名	フリガナ				世帯の別	同居 ・ 別居		
	変更前 氏名					続柄			
	変更後 氏名	フリガナ				世帯の別	同居 ・ 別居		
	変更前 氏名					続柄			
	変更後 氏名	フリガナ				世帯の別	同居 ・ 別居		

※（任意）被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記載した場合は記入不要です。）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証（写）またはパスポート（写） ②個人番号カード（両面）の写し ①②のいずれか 1点

事業主記載欄	確認欄	【必須】以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。	担当者名
	<input type="checkbox"/>	この届出に「については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りが無い申請者本人が確認している。	
	事業所所在地	令和 年 月 日	
	事業主氏名 電話番号	〒	

