・Ａ４サイズ横向きで出力してください
・消えないインクの黒ボールペンでご記入ください

提出先：事業主 人事・総務 社会保険担当部署

常務理事	事務長	担当

健　康　保　険　　被保険者氏名変更届
厚 生 年 金 保 険

・赤字：申請者記入
・緑字：事業主記入

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号	③ 個人番号	④ 生　年　月　日	送信
※	○ ○	○○○○	○○○○○○○○○○○○	昭. 5 / 平. 7 / 令. 9　○○年○○月○○日	

⑤ 被保険者の氏名（変更後）	（氏）	（名）	㋐ 変更前の氏名	（氏）	（名）	送信	㋑ 備　考
	共同	花子		健保	花子		
	（フリガナ）キョウドウ	ハナコ					

令和　○ 年　○ 月　○ 日 提出

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒　○○○ － ○○○○ ○○県 ○○市 ○○町 ○○-○○
事業所名称	株式会社○○○○
事業主氏名	代表取締役 ○○○○
電　話	○○○○ （ ○○ ）局 ○○○○ 番

マイナ保険証利用登録をしていない方に対しては、健保より職権で資格確認書を交付いたします。保険証利用登録済みであっても、①マイナカードが一時的に手元にない（紛失・更新手続中など）、②直近2カ月の内にマイナカードを返納、③介護者による資格確認の補助で使用する　といった理由で資格確認書の交付が必要な場合は、『【健康保険証/資格確認書 滅失・き損届】及び【資格確認書(新規・再)交付申請書】』をご提出ください。

社会保険労務士記載欄
氏名等

共同印刷健康保険組合

【記入の方法】

1. ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。

2. ④の年号は、該当する文字を〇印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

「

昭. 5	年		月		日		
平. 7 令. 9	3	2	0	2	0	7	

」 のように記入してください。

3. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

4. ⑦は、被保険者整理番号又は基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入してください。

5. 本手続は電子申請による届出も可能です。
なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

◆マイナ保険証利用登録をしていない方に対しては、健保より職権で資格確認書を交付いたします。
※マイナ保険証利用登録済みで、かつ以下に該当する場合は、資格確認書を交付するにあたり
『健康保険【被保険者証/資格確認書 滅失・き損届】及び【資格確認書(新規・再)交付申請書】』を別途ご提出ください。
・直近2カ月の内にマイナンバーカードを紛失・有効期限切れにより更新手続中
・直近2カ月の内にマイナンバーカードを返納した
・医療機関受診の際、第三者（介助者など）が同行し被保険者の資格確認を補助する必要がある