

# 健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届 厚生年金保険

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 責任者 | 担当者 |
|      |     |     |     |

|                    |                   |               |                  |                |
|--------------------|-------------------|---------------|------------------|----------------|
| ① 事業所記号            | ② 被保険者保険証番号       | ③ 年金手帳の基礎年金番号 | ④ 生 年 月 日        | 性 別            |
| ※                  |                   |               | 昭和<br>平成         | 年<br>月<br>日    |
| ⑤ 被保険者の氏名<br>(変更後) | (氏)<br><br>(フリガナ) | (名)           | ④ 変更前の氏名         | (氏)<br><br>(名) |
|                    |                   |               | ⑥健康保険被<br>保険者証添付 | 備 考            |
|                    |                   |               | 添 付<br>減 失       |                |

◎ 太字枠内を記入ください。  
◎ 「※」印欄は記入しないでください。  
◎ 被保険者証は、必ず添付してください。

令和 年 月 日 提出

|        |     |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | 〒 ー |
| 事業所名称  |     |
| 事業主氏名  | ⑦   |
| 電 話    |     |

保険証添付欄

(変更前の被保険者証をここに添付して提出ください。)