

- (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。  
 (4)カフェテリアメニュー、健診予約、その他健保HPの氏名情報は、毎月11日と22日に更新されます。

申請日： 年 月 日

被保険者 (記入必須)	記号・番号 (不明な場合は記載不要)	記号 番号	GUI (記入必須)	生年月日
	変更前の 氏名	フリガナ		5 昭和 7 平成 9 令和
	郵便番号	—	電話番号	—
	住所	都道 府県		

被保険者	変更前の 氏名							続柄	本人	
	フリガナ									
	変更後の 氏名							氏名変更前の 資格確認書 返却	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 有効期限切れにより破棄 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用登録により破棄 <input type="checkbox"/> 紛失その他( ) <input type="checkbox"/> 交付なし	
	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 <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用ができないため <input type="checkbox"/> 資格確認書の再発行を希望 ※健保でマイナ保険証利用登録状況を確認し、 必要な方に発行します。		
対象者	変更前の 氏名							続柄		
	フリガナ									
		変更後の 氏名							氏名変更前の 資格確認書 返却	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 有効期限切れにより破棄 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用登録により破棄 <input type="checkbox"/> 紛失その他( ) <input type="checkbox"/> 交付なし
		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 <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用ができないため <input type="checkbox"/> 資格確認書の再発行を希望 ※健保でマイナ保険証利用登録状況を確認し、 必要な方に発行します。	
被扶養者①	変更前の 氏名							続柄		
	フリガナ									
		変更後の 氏名							氏名変更前の 資格確認書 返却	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 有効期限切れにより破棄 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用登録により破棄 <input type="checkbox"/> 紛失その他( ) <input type="checkbox"/> 交付なし
		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 <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用ができないため <input type="checkbox"/> 資格確認書の再発行を希望 ※健保でマイナ保険証利用登録状況を確認し、 必要な方に発行します。	
被扶養者②	変更前の 氏名							続柄		
	フリガナ									
		変更後の 氏名							氏名変更前の 資格確認書 返却	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 有効期限切れにより破棄 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用登録により破棄 <input type="checkbox"/> 紛失その他( ) <input type="checkbox"/> 交付なし
		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 <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用ができないため <input type="checkbox"/> 資格確認書の再発行を希望 ※健保でマイナ保険証利用登録状況を確認し、 必要な方に発行します。	

確認日付印

※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	
	場所	
	状況	

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号			
----------------------------------	--	--	--

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

健保 使用 欄	常務理事	事務長		担当