

- (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: 〇〇年 〇月 〇日

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 〇 - 〇〇〇〇	GUI (記入必須) 〇〇〇〇〇	生年月日 5 昭和 7 平成 9 令和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	
	変更前の氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎			
	郵便番号	000 - 0000	電話番号	012 - 345 - 6789	
	住所	〇〇 都 道 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 <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 checked="" type="checkbox"/> 紛失その他()		
		変更後の氏名	保健 太郎					<input type="checkbox"/> 交付なし		
		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 <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 ※健保でマイナ保険証利用登録状況を確認し、 必要な方のみに行います。
	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 <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()		
		変更後の氏名						<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 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、 必要な方のみに行います。
		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 <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()	
			変更後の氏名						<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

確認日付印

事業主欄	事業所所在地	※事業主証明欄 空欄のまま事業所委託先の 社労士法人へ提出してください。 (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 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 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