

**被保険者  
健康保険  
被扶養者** 氏名変更届（兼 紛失届）

- (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 <b>ケンボ タロウ</b>	<b>○○○○○</b>	5昭和 7平成 9令和 ○○年 ○○月 ○○日
	郵便番号	000 - 0000	電話番号	012 - 345 - 6789
	住所	○○ 都道府 ○○市1-2-3 ○○マンション101号室		

被保険者	変更前の氏名	健保 太郎			続柄	本人	
	フリガナ	<b>ホケン タロウ</b>			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( <input type="checkbox"/> 交付なし	
	変更後の氏名	<b>保健 太郎</b>					
	氏名変更の理由	<b>結婚</b> ※結婚、離婚、帰化等	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、必要な方のみに発行します。	
対象者① 被扶養者	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 checked="" type="checkbox"/> 紛失その他( <input type="checkbox"/> 交付なし	
	変更後の氏名						
	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、必要な方のみに発行します。	
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 checked="" type="checkbox"/> 紛失その他( <input type="checkbox"/> 交付なし	
	変更後の氏名						
	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、必要な方のみに発行します。	

確認日付印

事業主欄	事業所所在地	<b>※事業主証明欄</b>		
	事業所名称	空欄のまま事業所委託先の		
	事業主氏名	社労士法人へ提出してください。		
	電話番号	(委託先で押印後、健保組合に回送されます)		

※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

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