

氏名変更(訂正)届

| | | | | | | | | |
|------------|--------|---------------------|-----|---|-----------------|-----|----|----|
| 提出者記入欄 | 事業所番号 | | 提出日 | 令和 7 年 12 月 3 日 | 常務理事 | 事務長 | 統括 | 担当 |
| | 事業所所在地 | 事業所提出日と申請日を必ず記載ください | | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | 事業所検印 | | | |
| | 事業主氏名 | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | |
| 社会保険労務士記載欄 | | | | | | | | |
| 氏名等 | | | | | | | | |
| 申請日 | | | | | 令和 7 年 12 月 2 日 | | | |
| 被保険者番号 | | 被保険者氏名 | | 届出 変更(訂正)理由 ※該当を○で囲んでください | | | | |
| 12345 | | 健保 花子 | | <input checked="" type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 誤届 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |

※住所が変更になる場合は、別途「住所変更届」を提出願います。
 ※資格確認書が必要な場合は、別途「資格確認書 交付理由確認届」を提出願います。

| | | | | |
|----------------|--------|---|--|----------------------|
| 被保険者 | 変更後の氏名 | 生年月日・性別 変更がある場合 | | |
| | フリガナ | 変更前→変更後 の生年月日・性別を記入ください (例 令和4年2月1日→令和5年2月1日) | | |
| | | 大同 花子 | | |
| | 変更前の氏名 | 変更年月日 | 資格確認書交付申請 | 健保使用欄 |
| | 健保 花子 | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | <input type="checkbox"/> 申請あり <input checked="" type="checkbox"/> 申請なし | |
| 該当番号を○で囲んでください | | 「氏」変更は、認定被扶養者すべてに | | 1 適用する 2 適用しない(個別申請) |

※被保険者の「氏」変更による届出で、認定被扶養者すべてに「1.適用する」に○をした場合は省略可

| | | | | |
|--------|--------|---|---|-------|
| 被扶養者 1 | 変更後の氏名 | 生年月日・性別 変更がある場合 | | |
| | フリガナ | 変更前→変更後 の生年月日・性別を記入ください (例 令和4年2月1日→令和5年2月1日) | | |
| | | | | |
| | 変更前の氏名 | 変更年月日 | 資格確認書交付申請 | 健保使用欄 |
| | | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 申請あり <input type="checkbox"/> 申請なし | |

| | | | | |
|--------|--------|---|---|-------|
| 被扶養者 2 | 変更後の氏名 | 生年月日・性別 変更がある場合 | | |
| | フリガナ | 変更前→変更後 の生年月日・性別を記入ください (例 令和4年2月1日→令和5年2月1日) | | |
| | | | | |
| | 変更前の氏名 | 変更年月日 | 資格確認書交付申請 | 健保使用欄 |
| | | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 申請あり <input type="checkbox"/> 申請なし | |

対象者の記入欄が不足の場合は、同書類を印刷して記載ください。

<氏名変更の添付書類>

戸籍抄本(原本)、結婚受理証明書(原本)等で、新姓と旧姓が表示してあるもの
 誤届の場合は、公的書類(運転免許証の写し、年金手帳の写し等)でも可

※電子申請した場合は後日添付書類(原本)のみ提出をお願いします。

電子申請した場合は必ず
 添付書類の原本を
 提出ください。

<資格確認書発行について>

資格確認書発行を希望する場合は、別途「資格確認書 交付理由確認届」を提出下さい。

※氏名変更前に使用していた資格確認書は返却ください。