

常務理事	事務長		担当

健康保険 被保険者・被扶養者 氏名変更（訂正）届

被保険者証記号	被保険者証番号	社員番号	被保険者の氏名	性別
1	1234567	9999999	青木 花子	男・女
被保険者の生年月日		被保険者の住所		
昭和 平成	55 年 12 月 24 日生	〒103-0000 東京都〇〇区〇〇〇〇〇 1-2-301	電話 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

変更後の氏名		変更前の氏名		変更日	変更理由
フリガナ		フリガナ			
スズキ	ハナコ	アオキ	ハナコ	令和〇〇年〇〇月〇〇日	婚姻のため
姓	名	姓	名		
鈴木	花子	青木	花子		
フリガナ		フリガナ			
スズキ	タロウ	アオキ	タロウ	令和〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者の婚姻のため
姓	名	姓	名		
鈴木	太郎	青木	太郎		
フリガナ		フリガナ			
スズキ	ジロウ	アオキ	ジロウ	令和〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者の婚姻のため
姓	名	姓	名		
鈴木	次郎	青木	次郎		
フリガナ		フリガナ			
姓	名	姓	名	令和 年 月 日	

令和 年 月 日提出

○添付書類

①健康保険被保険者証

※被保険者の氏名変更の場合は、家族分もあわせて送付ください。

※高齢受給者証、限度額適用認定証の交付を受けている場合は、それらの証もあわせて送付ください。

②氏名の変更を確認できる書類（住民票、運転免許証の写し等公的な書類で氏名変更を確認できるもの）

○注意事項

・被保険者の婚姻による変更の場合でお子様を引き続き扶養する場合は、配偶者の収入額を確認できる書類（直近3カ月の給与明細書）の提出が必要です。

・その他、状況に合わせて書類の追加提出をお願いすることがあります。

【事業主証明欄】

事業所所在地	〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇1-2-3
事業所名称	大同生命保険株式会社〇〇〇〇
事業主	〇〇〇 〇〇〇
電話	〇〇 (△△△△) □□□□

社会保険労務士の提出代行

受付日付印

※事業主証明欄について

【内務・医務・特別・契約・再雇用職員】 ヒューマン・リソース・パートナーズが対応

【営業職員】 業績課が対応

【関連会社所属（出向者を除く）】 社名・社長名

大同生命健康保険組合

保期2年

健保 0005 2023-03(本)