

取扱注意

秘密情報
複製禁止

健康保険被扶養者氏名変更(訂正)届

受付	登録

決裁	年	月	日
常務理事	事務長	関係者	担当

中部電力健康保険組合 常務理事 殿

令和 年 月 日 届出

被保険者等		被保険者氏名※1		会社名・所属・連絡先			
記号							
番号				☎			
届出事由の発生日		令和 年 月 日					
届出事由		結婚・離婚・養子縁組・その他（ ）					
変更(訂正)する者の氏名							
変更 (訂正) 後	フリガナ			変更 (訂正) 前	フリガナ		
	漢字	姓	名	漢字	姓	名	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	生年月日	昭・平・令	年 月 日	
資格確認書発行要否		次の事項に該当する場合のみ交付（該当箇所には○を付してください）					
<input type="checkbox"/> 発行が必用		1. マイナンバーカードを紛失したため 2. マイナンバーカードの更新手続き中のため 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 4. マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 5. マイナンバーカードを作っていないため 6. マイナンバーカードを返納したため 7. マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため					

今まで使用していた保険証または資格確認書をここにセロテープ等で止めてください。

回収
確認
印

※健保記入欄

* 今まで使用していた保険証または資格確認書を同時提出できない場合は、下記に理由を明記し、後日必ず提出してください。

【理由】

【提出予定日】

年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業主 所在地
名称
氏名

※1 氏名変更の場合、被保険者氏名欄は変更後の氏名（新姓）を記入してください。