

健康保険 被保険者・被扶養者 氏名変更(訂正)届 Notification of Name Change (Correction)

常務理事	事務長	担 当

確認欄	<p>この届出については、次の要件を満たしたものである。(相違なければ☑を入れてください)</p> <p>(被保険者) <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成し、誤りがないか確認したものである。</p> <p>(事業主) <input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか事業主が確認したものである。</p>	<p style="color: blue; font-weight: bold;">Check the box in the upper row if there is no discrepancy with the requirement that "This form has been completed by the insured and checked for errors." If the box is not checked, you will be asked to fill out the form again.</p>
-----	---	---

※健康保険被保険者証を添付してください

1 保険者証の記号・番号	2 被保険者 氏名	3 被保険者 生年月日	4 性別	5 対象が被扶養者の場合のみ記入 対象被扶養者 氏名 性別 続柄		
1234 - 5678	鈴木 花子	昭和 平成 62年 12月 12日 令和	男 女			
6 変更後の氏名 フリガナ (氏)		7 変更前の氏名 フリガナ (氏)		8 変更年月日		
健保	花子	鈴木	花子	令和 1年 11月 22日		
ケンポ	ハナコ	スズキ	ハナコ			

*Please attach health insurance card for the subject of the name change.

In addition, if you have dependents (family members), please confirm that their insurance cards may also need to be renewed at the same time. (the name of the insured person is also printed on the insurance card of the dependent.)

- ①Insurance Card Code/Number
- ②Insured person name(before correction)
- ③Date of birth
- ④Gender(男: Male/女: female)
- ⑤If the target person is a dependent, please fill in the name(対象被扶養者 氏名), gender(性別) and relationship(続柄).
- ⑥Name after change(フリガナ)
- ⑦Name before change(フリガナ)
- ⑧Date of change

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。
 社内便の場合:SGT/CC 10025912/HR/健康保険証担当
 社外の場合:〒108-0075 東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー
 日本マイクロソフト(株) 人事本部 健康保険証担当

社会保険労務士記載欄