

健康保険 被保険者・被扶養者 氏名変更(訂正)届

常務理事	事務長	担当

確認欄	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)
	(被保険者) <input 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。
	(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。

※健康保険被保険者証を添付してください

健康保険 記号・番号	被保険者 氏名	被保険者 生年月日	性別	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
—		昭和 ・ 平成 年 月 日 ・ 令和	男 ・ 女		男 ・ 女	
変更後の氏名		変更前の氏名		変更年月日		
(氏)	(名)	(氏)	(名)	令 和	年	月 日
(フリガナ)		(フリガナ)				

令和 年 月 日 提出

~~~~~  
受付印日付

|        |         |
|--------|---------|
| 事業所所在地 | 〒 —     |
| 事業所名称  |         |
| 事業主氏名  |         |
| 電 話    | ( 局 ) 番 |

【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 |
|            |