

申請ルート: 申請者(被保険者)→事業所人事労務担当部門→ミットヨ健康保険組合

健康保険 被保険者 氏名変更訂正届 被扶養者

- 1.旧保険証および旧資格確認書(発行を受けている場合)を必ず返却してください。
 2.「資格情報のお知らせ」については、本届によって発行されます
 3.「資格確認書」の発行が必要な方は、別途「健康保険 資格確認書(再)交付申請書」も一緒に提出してください。

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	被保険者等記号		被保険者等番号		申請日	
	氏名	氏		名	社員番号	
						生年月日
	所属名称					
住民票住所	〒 -					
申請する対象者	被保険者		被扶養者			
申請の内容	氏名変更		氏名訂正			

被保険者情報の変更・訂正をする場合、以下の変更項目のみ記入してください。

変更後の被保険者氏名		変更・訂正 年月日
フリガナ 氏	名	
理由		

被扶養者情報の変更・訂正をする場合、以下の必要項目に記入してください。

変更・訂正する被扶養者の氏名		続柄
フリガナ 氏	名	
変更・訂正後の被扶養者の氏名		変更・訂正 年月日
フリガナ 氏	名	
理由		

事業主 証明 確認 欄	上記確認のうえ、事実と相違ないことを証明します。 事業所所在地 神奈川県川崎市高津区坂戸一丁目20番1号 名称 株式会社 ミットヨ 事業主氏名 代表取締役社長 佐々木 繁幸	確認日	確認者
		年 月 日	
事業主が確認した場合にチェック欄にチェックをいれてください。	チェック欄 <input type="checkbox"/>	この届出については①又は②の要件をみたしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長		係	係	健保組合受付欄