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

健康保険　被保険者 被扶養者　氏名変更訂正届

1.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。
3.資格確認書を滅失・き損により返却できない場合は「資格確認書滅失届」も一緒に提出してください。
4.変更（訂正）後の氏名がわかる書類（住民票のコピー等）も一緒に提出してください。
5.「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。

ミツ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、事実に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 ミツトヨ 事業主氏名　代表取締役社長 佐々木 繁幸		確認日 年　月　日	確認者
	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 □	**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