常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険　被保険者氏名・フリガナ変更（訂正）届

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。

① 健康保険記号	② 被保険者番号	③ 個人番号	④ 生　年　月　日
			昭. 5 平. 7 令. 9　年　月　日

⑤ 被保険者の氏名（変更後）	(フリガナ)		㋐ 変更前の氏名	(フリガナ)		⑥ 備　考
	(氏)	(名)		(氏)	(名)	

⑦「資格確認書発行の要否」	資格確認書の発行が必要　□	※別途、**「資格確認書（再）交付申請書」を提出**してください。
⑧「資格情報のお知らせの発行の要否」	資格情報のお知らせが必要　□	※マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合は、当該画面で代用可能なため、原則チェックは不要です。

令和　　年　　月　　日 提出

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	
電　　話	(　　局)　　番

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

（2024.12）

千葉県食品製造健康保険組合

【記入の方法】

1. ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。

2. ④の年号は、該当する文字を〇印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

「

昭. 5		年		月		日
平. 7 令. 9	3	2	0	2	0	7

」 のように記入してください。

3. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

4.⑦「資格確認書発行の要否」欄に、発行が必要な場合はチェックをいれて、別途、「資格確認書(再)交付申請書」を提出してください。

5.⑧「資格情報のお知らせの発行の要否」欄に、発行が必要な場合はチェックをいれてください。ただし、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合は、当該画面で代用可能なため、原則チェックは不要です。