被保険者（被扶養者）氏名変更届

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話

健保使用欄	常務理事	事務長	担当

令和　　年　　月　　日提出

被保険者等の記号・番号		被保険者氏名	性別	被保険者の生年月日
記号	番号		男・女	昭和・平成　　年　　月　　日生

事業所名	被扶養者の氏名（対象の場合のみ）	続柄	性別	世帯の別	被扶養者の住所（別居の場合のみ）
電話（内線）			男・女	同居・別居	〒

変更後の氏名		変更前の氏名	
フリガナ		フリガナ	
姓	名	姓	名

変更年月日	資格確認書の交付	資格確認書申請理由欄(該当するものに〇を)
令和　　年　　月　　日	□　不要(マイナ保険証を持っている) □　必要(マイナ保険証を持っていない) ※交付が必要な場合は理由欄をご記入ください	1:マイナンバーカードを紛失したため 2:マイナンバーカードの更新手続き中のため 3:マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 4:マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 5:マイナンバーカードを作っていないため 6:マイナンバーカードを返納したため 7:マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため

※資格確認書をお持ちの方は必ず添付してください

確認	
	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①　申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②　記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

受付日付印

東和薬品健康保険組合

2025.12.12