

常務理事	事務長	課 長	課長代理	係長	担当

被保険者氏名等記載事項変更（訂正）届

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者等記号		番号		記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	
					— —	
	フリガナ			事業所の名称		
	氏 名					
	変更・訂正事由《該当の所に☑をして下さい》					
被保険者（本人）の 変更・訂正 ➡ ☐ 氏名 ☐ 性別 ☐ 生年月日						
被扶養者（家族）の 変更・訂正 ➡ ☐ 氏名 ☐ 続柄 ☐ 性別 ☐ 生年月日						
変 更 後 （ 訂 正 後 ）	フリガナ		続柄	性別	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和
	氏 名					
	フリガナ		続柄	性別	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和
	氏 名					
	フリガナ		続柄	性別	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和
	氏 名					
	フリガナ		続柄	性別	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和
	氏 名					

注. この届書は、被保険者証・資格情報のお知らせ・資格確認書に記載されている、被保険者（被扶養者）の「氏名」・「続柄」・「性別」・「生年月日」に変更または訂正があった時に変更後（訂正後）の欄に正しいものを記入し、被保険者証等を添えて届出てください。

事 業 主 欄	上記のとおり申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日印