

適用事項変更（訂正）届

常務理事	事務長	課長	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-			被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入		
	氏 名				被保険者の マイナンバー	※ 注 4 - -	
	生年月日		5.昭和 7.平成	年 月 日	届出年月日	令和 年 月 日	
	住民票住所	〒 - TEL - -					

区 分	<input type="checkbox"/>	被保険者のみ	変更・訂正 年月日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	該当の被扶養者	変更・訂正 の理由 ※詳しく記入	

変 更 ・ 訂 正 の 事 項	項目	変更・訂正の後		変更・訂正の前		
	氏 名 (フリガナ)					
	氏 名 (漢 字)					
	生年月日		5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	性 別					
	被保険者との 続 柄					
	マイナンバー	- -		- -		

事 業 主 欄	上記のとおり届出がありましたので提出します。
	令和 年 月 日
	所在地
	名 称
	役 職 氏 名

- 【
注
意
事
項
】
1. この届は、氏名（漢字・フリガナ）・性別・生年月日・続柄・個人番号を変更・訂正したときに提出してください。

2. 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。（修正テープ使用不可）

3. 選択欄は該当（数字）のものに○または数字をチェック欄は□に✓を記入し、変更・訂正箇所のみ記入してください。

4. 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
(被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。)

5. 資格確認書・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・限度額適用認定証・標準負担額減額認定申請証をお持ちの場合は、この届出に添付してください。

6. マイナンバーの訂正の場合、マイナンバーカードの両面の写し、または、マイナンバーが記載された住民票をこの届に添付してください。