

適用事項変更（訂正）届

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 9123456		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	大野 優香		被 保 険 者 欄 の 記 載 事 項 に つ い て 変 更 ・ 訂 正 を し た 場 合 は 、 変 更 ・ 訂 正 後 の も の を 記 載 し て く だ さ い。		
	生年月日	7	5.昭和 7.平成	8 年 9 月 10 日	届出年月日	令和 7 年 12 月 5 日
	住民票住所	〒 111 - 3333 TEL 000 - 123 - 4567 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町5丁目6番7号				

区 分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者のみ	変更・訂正 年月日	令和 7 年 12 月 1 日
	<input type="checkbox"/> 該当の被扶養者	変更・訂正 の理由 ※詳しく記入	結婚のため

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)	オオノ ユウカ
	氏 名 (漢 字)	大野 優香	若山 優香
	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	変更・訂正する箇所のみ記入してください。	
	被保険者との 続 柄		
	マイナンバー	-	-

この届出は、事業主の証明が必要です。
(※任意継続被保険者の方は除く)
事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。

【注意
事項】

- 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。
- 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）
- 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。
- 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。)
- 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。
- 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。