

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					
	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】
- 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。)
 - 健康保険証（令和7年12月1日まで）・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。