※マイナンバーカードの氏名変更手続が完了してから健康保険組合へご提出ください

常務理事	事務長	係	係

健康保険 被保険者 / 被扶養者 氏名変更（訂正）届

事業所の名称			所属		
健康保険の	（記号）		（番号）		
変更を要する者の	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和		続柄	
住民票住所	〒				
居所住所 ※居所住所と住民票住所が同じ場合は記入不要	〒 □ 住民票住所と同じ				
変更前の氏名	(フリガナ)		変更後の氏名	(フリガナ)	
変更理由					
変更年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和				
提出前の確認	※確認ができましたら□にチェックを入れてください □ マイナンバーカードの氏名変更手続きは実施済みです （マイナンバーカードの氏名変更手続きを先に実施してから届出を提出してください）				

令和　　年　　月　　日　　提出

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業主欄	〒 所在地 事業所名 事業主名	□ 当該届の次の事項について確認しました。 ・個人番号を含め上記の記載内容に誤りがないこと ・申請者（被保険者）本人が作成した、または記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したこと。

※申請書はメール添付不可です。原紙をご提出ください。

【提出先】

① 株式会社カネカ在籍の方・任意継続被保険者⇒健康保険組合へ

② ①以外の方⇒お勤め先の健康保険担当部署

健康保険組合記入欄	令和　　年　　月　　日処理