

# 健康保険 被保険者 氏名変更届

供 閲 覧	常務理事	事務長	課長	担当者

提出期日 事実のあった日から5日以内

記入上の注意事項1 標題の該当する文字を○で囲んでください。  
2 氏名には必ずふりがなをつけてください。

被保険者の 記号一 番号	記号 番号	被保険者 の氏名 (変更後)	性別	男 女	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄
ふりがな 変更後の 氏名		ふりがな 変更前の 氏名						続柄
ふりがな 変更後の 氏名		ふりがな 変更前の 氏名						続柄
ふりがな 変更後の 氏名		ふりがな 変更前の 氏名						続柄
ふりがな 変更後の 氏名		ふりがな 変更前の 氏名						続柄
変更年月日	平成 令和	年 月 日	変更の理由		備考			

令和 年 月 日提出

住所

事業主

氏名又は名称

**B I P R O G Y**健康保険組合理事長殿

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。)

<注意事項>

氏名変更後の「資格確認書」を交付します。  
交付不要の場合は、備考欄にその旨をご記入  
ください。

受付日付