

様式コード			
2	2	0	7
届書コード			届書
2	0	7	

健康保険
厚生年金保険

被保険者氏名変更(訂正)届

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	係

◎記入方法をご参照のうえ、記入してください。

健康保険の記号				健康保険		
① 厚生年金の事業所整理記号	② 健康保険の番号	③ 個人番号(または基礎年金番号)	④ 生年月日			
			昭. 5	年	月	日
			平. 7			
			令. 9			
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(フリガナ)	⑦ 変更前の氏名	(氏)	(名)	⑧ 備考	送信
	(氏)		(名)			

令和 年 月 日 提出

資格確認書の交付を希望する場合は、下記の口に✓をいれ、資格確認書交付希望理由を右から選択して番号をご記入ください。資格確認書は、マイナンバーカードを取得していない方、健康保険証利用登録ができていない方、マイナンバーカードの電子証明が切れている方等に交付するものです。申請理由により交付しない場合もございますのでご了承ください。

資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	理由
---------------	--------------------------------	----

資格確認書交付希望理由

- 1:マイナンバーカードを紛失したため
- 2:マイナンバーカードの更新手続き中のため
- 3:マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
- 4:マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
- 5:マイナンバーカードを取得していないため
- 6:マイナンバーカードを返納したため
- 7:マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため
- 8:その他() ※左の()内に必ず理由を記載してください。

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。
事業所名称	〒 _____
事業主氏名	
電話	(_____ 局) _____ 番

(退職後に提出される場合は、届出者の住所、氏名を記入してください。)

社会保険労務士記載欄
氏名等