

健康保険 被扶養者に係る訂正(変更)届

常務理事	部(次)長	課長	係長	担当者

健康保険の記号・番号		被保険者氏名
記号	番号	

被扶養者氏名 氏名訂正の場合は訂正後の氏名を 記入してください。	続柄	変更事項に○を付けてください 氏名・生年月日・性別・続柄・その他※1		資格確認書の 発行要否※2 理由を選んで○を付けてください
		正(変更後)	誤(変更前)	
フリガナ				<input type="checkbox"/> 発行が必要 理由 1・2・3・4・5・6・7・8
氏名				
フリガナ				<input type="checkbox"/> 発行が必要 理由 1・2・3・4・5・6・7・8
氏名				
フリガナ				<input type="checkbox"/> 発行が必要 理由 1・2・3・4・5・6・7・8
氏名				

※1 変更事項が『その他』の場合、訂正(変更)の「理由書」を別途添付してください。

(理由書は指定の様式がありませんので、便箋等により理由を記入の上、被保険者が署名し、その内容について事業主が確認した旨記載してください。)

※2 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。

先に届出しました被扶養者の内容について訂正(変更)がありましたので、上記のとおり訂正(変更)願います。

令和 年 月 日 大阪薬業健康保険組合理事長様

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

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 以下に理由を記入してください

()

受付印