

被保険者  
 被扶養者

## 諸訂正(改姓)届

※本人チェック欄	
会社宛 改姓手続き	
手続き日 (	年 月 日)

所属またはグループ会社名	
部	課
支社	営業オフィス
会社	

健康保険被保険者証					被保険者氏名 ※改姓の場合は、旧姓をご記入ください				
記号				番号					印
					社内で旧姓を使用(チェックする)		する	しない	
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### <被保険者(本人)の改姓>

	訂正前		訂正後		理由(必須)
	姓	名	姓	名	
ふりがな					結婚 離婚 養子縁組
氏名					その他 (

●必要書類チェック●

被保険者(本人)のみの改姓の場合も、被扶養者証に被保険者名が記載されているため、被扶養者含む全員分の「保険証」を提出してください。



- 全員分の保険証を添付した  
 (任意継続者・特例退職者のみ)  
 全員分の改姓が確認できる公的書類を添付した

### <被扶養者(家族)の改姓>

	訂正前		訂正後		理由(必須)
	姓	名	姓	名	
ふりがな					結婚 離婚 養子縁組
氏名					その他 (
ふりがな					結婚 離婚 養子縁組
氏名					その他 (
ふりがな					結婚 離婚 養子縁組
氏名					その他 (

●必要書類チェック●

【養子縁組をする場合】 配偶者の収入をご確認ください。

配偶者の収入 > 被保険者の収入	<input type="checkbox"/>	被扶養者除外申請書を提出する(被扶養者として継続できません)
配偶者の収入 < 被保険者の収入	<input type="checkbox"/>	配偶者の収入がわかる書類を添付した

【養子縁組をしない場合】もしくは【改名する場合】

<input type="checkbox"/> 戸籍個人事項証明書(戸籍抄本)を添付した
---

### <生年月日の訂正>

※選択してください	氏名	訂正前	訂正後
被保険者		昭和 平成 令和	昭和 平成 令和
被扶養者		年 月 日	年 月 日

- (注) 1. この用紙は健康保険被保険者証の内容に誤り、変更等があった場合に使用してください。  
 2. 訂正される項目のみご記入ください。  
 3. 被扶養者の改姓の場合も、必ず改姓理由をご記入ください。  
 4. 任意継続者・特例退職者は所属欄、本人チェック欄記入不要です。

健保組合処理欄	
証送付年月日	入力年月日