健康保険証の保険者所在地表示が「大阪府八尾市北亀井町３丁目１番 72 号」でない方へ
新住所シールが届いていれば貼ってください。シールが無ければ、再交付を申請してください。

（様式番号 5）　　（201802 改訂）

シャープ健康保険組合

健康保険　被保険者証氏名・記載事項訂正及び住所届

※個人情報の取扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針（プライバシーポリシー）」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

平成　　年　　月　　日

健康保険証の		被保険者　氏名	勤務地・所属名
記号	番号（右詰め）		【勤務地：　　】
		㊞	所属
			マルチ　８－　　－

【該当するものを〇で囲み、必要事項を記入ください】

届出項目		届　出　内　容			
1	a）氏名変更	変更後	フリガナ	変更前	
	b）保険証の記載事項訂正	訂正後	訂正項目［　　］	訂正前	
	c）住　所と対象者	〒　　－　　TEL　　－　　－			
		※本人のみ変更の場合は、電子申請での手続きで住所変更が完了しますので、本書の提出は不要です 電子申請が出来ない所属の方、家族を変更される方は、本書の提出が必要です ア．被保険者本人のみ　　イ．被扶養者のみ［家族名（複数可）：　　］ ウ．被保険者本人、及び被扶養者［家族名（複数可）：　　］			
	d）個人番号	変更する方［氏名：　　］			
2	変更理由	ア．結　婚　　イ．健保システム変更による保険証の文字訂正 ウ．住所変更（具体的に　　） エ．その他理由（具体的に　　）			
3	変更年月日	平成　　年　　月　　日			

【注意事項】

◆記入に際しては、消せないボールペン又はペンを使用してください。
◆従業員は、管轄の総務部または管理部を経由して提出してください。
※任意継続・特例退職の方は様式が異なります。（様式番号７８）を利用して、直接健康保険組合へ郵送してください。

【添付書類】

◆氏名変更・保険証の記載事項訂正
①健康保険証原本
②変更（訂正）前後のわかる公的な証明書類のコピー（変更理由イの場合を除く）
（公的証明書類の例：住民票、免許証、戸籍抄本など、すべてコピーで可）

◆住所変更
添付書類は原則不要　※確認のため書類の提出をお願いする場合があります
市区町村の医療費助成内容が変更となる場合は、（様式番号 83）を添付してください

◆個人番号変更
番号の確認書類（個人番号カード両面、または通知カード）のコピー

事業主証明欄	上記申請内容について事実に相違ないことを証明致します。 平成　　年　　月　　日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名　　㊞

事務長	課長		担当

証添付	有・無
入力日	
証発送日	
チェック	

事業主受付印　　健保受付印