

記入例(1)

健康保険証に記載された番号で分からないときは、氏名コードを記入してください

記載事項訂正及び住所届

※個人情報の取扱いについては「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。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

Table with 3 columns: 健康保険証の記号 (2000****), 被保険者氏名 (健保太郎), 勤務地・所属名 (本社, カンパニー部).

【該当するものを○で囲み、必要事項を記入ください】

Main form table with 2 columns: 届出項目 (a) 氏名変更, (b) 保険証の記載事項訂正, (c) 住所と対象者, (d) 個人番号, 2 変更理由, 3 変更年月日.

【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)
◆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
◆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

Table for 事業主証明欄 with fields for date, address, name, and seal.

Table for 事務長, 課長, 担当.

Table for 証添付入力日, 証発送日, チェック.

健保受付印 事業主受付印

シャープ健康保険組合

記入例 (2)

健康保険証に記載された番号です
分からないときは、氏名コードを記入し
てください

記載事項訂正及び住所届

※個人情報の取扱い
ります。

「プライバシーポリシー」に則り、利用目的の範囲内で取
扱います。 令和 ** 年 ** 月 ** 日

健康保険証の 記号		番号 (右詰め)		被保険者 氏名	勤務地・所属名
2000		*****		高橋 一郎	【勤務地： 本社 】 所属 ○○カンパニー○○部 マルチ 8-****-*****

【該当するものを○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 タカハシ イチロウ 高橋 一郎	変更前	高橋 一郎
	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 公的書類の表示に合わせるため)			
3	変更年月日	令和 ** 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不相違ないことを証明致します。 令和 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 送 日	
チ ェ ッ ク	

健保受付印

事業主受付印