

被保険者等記号

決裁日付印

決裁	常務理事	事務長	係	係

## 健康保険 被扶養者氏名変更届

注意事項

提出先・・・事業主を経由して健康保険組合へ  
 提出期限・・・速やかに  
 提出部数・・・二部

被保険者番号	アドレスコード		被保険者の氏名	被扶養者欄	生 年 月 日	性 別	続 柄	
	内 線				昭和 平成 令和	年 月 日生	男 ・ 女	
変更後の被扶養者氏名				変更前の被扶養者氏名				
フリガナ				フリガナ				
氏 名				氏 名				
変更年月日			変更理由		資格確認書発行要否			
令和 年 月 日					<input type="checkbox"/> 必要		マイナンバーカードを持っていない方、持っているが健康保険証利用登録をしていない方	
					<input type="checkbox"/> 不要		マイナ保険証で受診可能な方	

令和 年 月 日 提出

事業所の所在地及び名称

三井物産健康保険組合 理事長殿 事業主の氏名