正

健康保険　被保険者関係記載事項変更(訂正)届

提出期日	事実発生後速やかに

オカモト健康保険組合　殿

決裁年月日	決　裁

属性コード				令和　年　月　日 提 出		
被保険者等	記 号		番号		氏 名	
変 更 訂 正 理 由	1. 届出の誤り　2. 結婚又は離婚　3. その他					
変更・訂正が被扶養者に関する時はその者の	氏 名		性 別	男・女	続 柄	コード

変更訂正事項（該当に○）	被保険者		被扶養者		変 更 ・ 訂 正 の 内 容	
	1. 氏　名		8. 氏　名		誤・変更前	フリガナ
	2. 生 年 月 日		9. 生 年 月 日			
	3. 取得時報酬月額		10. 続　柄			
	4. 資格取得年月日		その他		正・変更後	フリガナ
	5. 資格取得取消					
	6. 資格喪失年月日					
	7. 資格喪失取消		変更年月日	年　月　日より		

添付書類の指示

無・有

戸籍謄本
住民票　レ
労働者名簿
賃金台帳
勤怠表
運転免許証の写
パスポートの写
その他

資格確認書　発行要否

＊注1 □ 発行が必要

＊注1　マイナ保険証お持ちの場合は発行できません。

①被保険者の氏名欄は、改姓後の氏名を書いてください。
②氏名に関する時は、必ずフリガナを記入してください。
③資格確認書の訂正を要する時は必ず旧資格確認書を添付してください。
④転居による住所変更は住所変更届で提出してください。

うえのとおり変更(訂正)事項が生じましたのでお届けします。

事業所 所在地	(〒　　－　　)
事業所 名称	印
事業主氏名	
電話番号	(　　)

受 付 印

事業所担当

台帳	管理簿	保険証	入 力

R7.3改