

健康保険
厚生年金保険

被保険者氏名変更届

⑤ 被保険者の氏名
(変更後)

(氏)
(フリガナ)

⑦ 変更前の氏名

(氏)
(名)

① 事業所整理記号

② 被保険者整理番号

③ 個人番号

④ 生 年 月 日

昭. 5 年 月 日
平. 7
令. 9

送 信

① 備 考

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電 話

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。
〒 ー

(局) 番

資格確認書の要否

発行が必要

☐

社会保険労務士記載欄

氏名等

【記入の方法】

1. ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。
2. ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

昭.	5		年		月		日
平.	7						
令.	9	3	2	0	2	0	7

のように記入してください。

3. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。
4. ⑦は、被保険者整理番号又は基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入してください。
5. 資格確認書の発行が必要な場合(※)は「☐発行が必要」にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。
 - ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 - ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者