|  |
| --- |
| 健　康　保　険　組　合 |
| ＧＬ | 担当者 | 担当者 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 事業所担当者 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康保険 | 被保険者被扶養者 | 氏名変更・訂正届 |

↑ 任継・特退の加入者は押印不要

提出先

■ 在職者：勤務先の健保業務担当部門

■ 任継/特退者：健康保険組合

〒250-0001神奈川県小田原市扇町2-12-1

富士フイルムグループ健康保険組合 任継･特退担当宛

|  |
| --- |
|  |

※ 姓名に『JIS第一水準・JIS第二水準』以外の文字が含まれる場合は、代替文字等での表記となります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出日：令和 　 年 　 月　 日 | 在職者 | 所属 | 　 |  |
| 被 保 険 者 等 | TEL | 内線　 |
| 記　号 | 番　号 |
| 　　 |  | 被保険者氏名**（変更前）** | 　 |
| **変更・訂正する方の変更後氏名** | 生　年　月　日 | 続柄 | 変 更 年 月 日 | 変　更　理　由 |
| フ　リ | ガ　ナ |
| 姓 | 名 |
|  |  | ５昭７平９令 | 　　年　　　月　　　　日 |  | 　　年　　 月　　 日 | 1.結婚　2.養子縁組　3.その他（　　　　　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ５昭７平９令 |  |  |  | 1.結婚　2.養子縁組　3.その他（　　　　　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ５昭７平９令 |  |  |  | 1.結婚　2.養子縁組　3.その他（　　　　　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ５昭７平９令 |  |  |  | 1.結婚　2.養子縁組　3.その他（　　　　　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【 医療機関等の受診について 】

・2024年12月2日以降、新規の健康保険証は交付できません。氏名変更後は、医療機関の受診は

マイナ保険証を使用してください。マイナ保険証をお持ちでない方には、保険証の代わりに

「資格確認書」を健保より自動的に交付します。

【 添付書類 】

１．住民票（写しでも可、マイナンバー記載の無いもの）

　　\*続柄が変更になる場合は、続柄記載のある住民票をご提出下さい

２．氏名変更・訂正となる方の健保発行の証（健康保険証・資格確認書 等）

**＜同時に住所変更する場合＞**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **在職者** | **「扶養家族がいない方」「扶養家族全員と同居している方」** | 勤務先から住所情報をいただいていますので、**住所変更の申請は不要です。** |
| **「別居する扶養家族が一人でもいる方」** | 「≪在職者用≫住所変更・別居・同居　申請書」で住所変更の申請をお願いします。 |
| **任意継続・特例退職の方** | 「≪任継・特退用≫住所変更・別居・同居　申請書」で住所変更の申請をお願いします。 |