

正

健康保険 被保険者氏名変更（訂正）届

常務理事	事務長	課長	課長	係長	係

※資格確認書の発行が必要な場合は「資格確認書発行理由欄」の該当番号を○印で囲んでください。
 ※資格確認書の発行が不要な場合は「資格確認書発行理由欄」の該当番号を○印で囲んでください。

被保険者記号	被保険者番号	被保険者の生年月日			備考	
		昭和 5	年	月	日	
		平成 7				
		令和 9				
変更後の氏名	(フリガナ)		変更前の氏名	(フリガナ)		資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
	(氏)	(名)		(氏)	(名)	
資格確認書 発行理由欄	1: マイナンバーカードを紛失したため 2: マイナンバーカードの更新手続き中のため 3: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 4: マイナンバーカードを持っているが健康保険証利用登録を行っていないため 5: マイナンバーカードを作っていないため 6: マイナンバーカードを返納したため 7: マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため					

東京都金属プレス工業健康保険組合

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

電話番号 () -

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

副

健康保険 被保険者氏名変更（訂正）通知書

被保険者記号	被保険者番号	被保険者の生年月日	備 考		
		昭和 5 年 月 日 平成 7 令和 9			
変更後の氏名	(フリガナ)		変更前の氏名	(フリガナ)	資格確認書 発行要否
	(氏)	(名)		(氏)	
資格確認書 発行理由欄	1: マイナンバーカードを紛失したため 2: マイナンバーカードの更新手続き中のため 3: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 4: マイナンバーカードを持っているが健康保険証利用登録を行っていないため 5: マイナンバーカードを作っていないため 6: マイナンバーカードを返納したため 7: マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため				

東京都金属プレス工業健康保険組合

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		殿
電話番号	()	-

提出された被保険者氏名変更（訂正）届にもとづき、うえのとおり確認されましたので通知します。

令和 年 月 日提出分

東京都金属プレス工業健康保険組合理事長