

至 事業所健保窓口経由 三井住友トラストグループ健康保険組合

氏名変更届
(諸事項変更・訂正届)

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

記号		番号		被保険者 氏名		変更 (訂正) 理由	☐ 結婚等に伴う改姓 ☐ 申請誤り ☐ その他()
変更(訂正)する項目		☐ 氏名 ☐ 生年月日 ☐ 続柄 ☐ その他()		確認欄	☐ 申請者本人(被保険者)が作成した申請書である ☐ 事業主が作成した申請書である		

変更又は訂正前 ※該当する項目のみ記入										変更又は訂正後 ※該当する項目のみ記入														
氏 名					続柄	生年月日				氏 名					続柄	生年月日								
(フリガナ)						☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令						(フリガナ)						☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令						
(氏)												(名)												
資格確認書 発行要否		※現在、有効な資格確認書を保有している方のみ記入（有効期限の更新は行いません）																						
		☐ 発行が必要 →		<資格確認書の発行は、以下に該当する場合に限ります> ※発行理由の該当番号を太枠内に記入 ① 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 ② 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 ③ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者																				

※ 有効な被保険者証あるいは資格確認書を保有している方は、添付のうえ提出のこと
(交付されている場合、限度額適用認定証、高齢受給者証、特定疾病療養受療証等も添付)
注)記載事項に変更がない場合は、添付不要です。
※ 被保険者証の再交付は行いません。今後はマイナ保険証をご利用ください。

上記について相違ないことを証明します。

事業主(住所・氏名)

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で
抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。

常務理事	事務長	担当者

受付 日		処 理 日	