

# 健康保険 被保険者 氏名等変更（訂正）届 被扶養者

常務理事	事務長	調査	G L	担当

平成 年 月 日 提出

三菱マテリアル健康保険組合

※個人情報の取扱いについて  
この届書及び添付される個人情報、この手続きに關係する業務に使用します。  
この添付書類は、事業主を経由して届け出ることとし、事業主がその書類の不備・不足等を確認することに同意されたものとして処理します。  
※被保険者・氏名の変更（訂正）を届出の際は、変更（訂正）後の氏名にて、届出してください。  
※生年月日・続柄・性別の変更（誤り・赤・正・黒で記入）にも使用してください。

被 保 険 者 欄	被保険者記号 (左詰め)				被保険者番号 (右詰め)				被 保 険 者 氏 名				生 年 月 日			性 別
									(印)				S ・ H	年	月	日
	変更後				(フリガナ) (氏) (名)				変更前				(フリガナ) (氏) (名)			理由

被 扶 養 者 欄	変 更 後				変 更 前				性別	続柄	生 年 月 日			理 由
		(フリガナ) (氏) (名)				(フリガナ) (氏) (名)				男 ・ 女	S ・ H	年	月	日
	(フリガナ) (氏) (名)				(フリガナ) (氏) (名)				男 ・ 女	S ・ H	年	月	日	
	(フリガナ) (氏) (名)				(フリガナ) (氏) (名)				男 ・ 女	S ・ H	年	月	日	
	(フリガナ) (氏) (名)				(フリガナ) (氏) (名)				男 ・ 女	S ・ H	年	月	日	

事業所所在地	(郵便番号) —
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話番号	

受付日付印

事業所担当課		

備考	
----	--

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)