

# 被保険者・被扶養者氏名変更（訂正）届

北洋銀行健康保険組合

- (注) 1. 資格確認書をお持ちの方は必ず添付してください。  
 2. 氏名には必ずフリガナを付けてください。  
 3. 任意継続被保険者は戸籍抄本を添付してください。  
 4. 届出住所が健保データと相違している場合は事業主の確認のもと本届出を住所変更とみなします。(届出は不要)  
 5. 被扶養者の住所が被保険者と相違している場合は住所変更をご提出願います。

年 月 日 提出

①事業主証明欄		
事業所及び支店名 【ゴム印押印のこと】		
事業所及び支店の管理者確認欄		管理者確認印
①銀行所属の方	管理者において申請内容確認済	印
②その他事業所	人事(総務)部門にて申請内容確認済	

※管理者確認印は①・②のいずれかを必ず押印のこと

管理者が確認のうえシャチハタ印を押印

認定伺	令和
常務理事	事務長 係
健保組合使用欄	
資格	回復

被 保 者 の	被保険者の記号・番号	記号 2000	番号 123456	所属事業所名 北洋銀行	
	氏名(変更前の氏名を記入)	北洋 花子			
	住民票の住所	住民票の住所			
	居住先の住所	住民票と同じ場合は同上□に○			
	直近1月1日の住所	1月1日の住民票住所			
	給付金振込口座名義変更の確認	<input type="checkbox"/> 変更済み <input checked="" type="checkbox"/> 変更予定( ○○ )月 ※口座名義変更後、健保組合へおしらせください。			
変更(訂正)の年 月 日	○○○○年 ○月 ○日	変更(訂正)理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 誤届 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

変更前(訂正前)			変更後(訂正後)			資格確認書発行要否
氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄	
フリガナ ホクヨウ ハナコ 北洋 花子	昭和・平成・令和 ○年○月○日	本人	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	昭和・平成・令和 ○年○月○日	本人	<input type="checkbox"/> 発行が必要
フリガナ 氏	昭和・平成・令和 年 月 日		フリガナ 氏	昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要
フリガナ 氏	昭和・平成・令和 年 月 日		フリガナ 氏	昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要
フリガナ 氏	昭和・平成・令和 年 月 日		フリガナ 氏	昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要

変更(訂正)を申請する対象者

被保険者から見た具体的な続柄を記入  
本人・妻・長男・次女など  
子・親などは×

現在、有効なマイナ保険証が手元に無い方は  
□にチェックのうえ右ページの資格確認書交付申請書欄に記入

# 健康保険「資格確認書」交付申請書

北洋銀行健康保険組合宛

- \* 変更届で資格確認書の発行が必要に  を付けた方は記入してください。  
 \* 交付する理由を下記の「理由欄」から選択し申請理由に番号を記載してください。

年 月 日 提出

事業主証明欄	
事業所及び支店名 【ゴム印押印のこと】	
北洋銀行 ○○支店	
事業所及び支店の管理者確認欄	管理者確認印
申請理由について確認いたしました。	印

※管理者確認印はシャチハタ印を押印してください

受付日付印
-------

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: 資格確認書を滅失・き損したため 5: マイナンバーカードを作る意思がないため 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
-----	--

対象者欄	被保険者 フリガナ 氏名 申請理由 <input checked="" type="checkbox"/> 1 上記「理由欄」より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ 氏名 申請理由 <input type="checkbox"/> 上記「理由欄」より必ず選択ください
被扶養者②	フリガナ 氏名 申請理由 <input type="checkbox"/> 上記「理由欄」より必ず選択ください
被扶養者③	フリガナ 氏名 申請理由 <input type="checkbox"/> 上記「理由欄」より必ず選択ください
被扶養者④	フリガナ 氏名 申請理由 <input type="checkbox"/> 上記「理由欄」より必ず選択ください

対象者の氏名・申請理由番号を記入  
記入がない届出は受付できません