常務理事	事務長	担当者

健康保険　被保険者 被扶養者　氏名変更届

記号	番号	被保険者氏名	事業所名

変更を申請する該当者
※変更する方全員（被保険者を含む）について記入してください

生年月日	被保険者との続柄	性別	変更後氏名	資格確認書発行要否（※）		変更前氏名	変更理由	変更年月日
年　月　日			フリガナ	1 2 3 4	←	フリガナ	・婚姻 ・離婚 ・養子縁組 ・外国姓から通称へ変更 ・その他（　　）	年　月　日
		男・女						
生年月日	被保険者との続柄	性別	変更後氏名	資格確認書発行要否（※）		変更前氏名	変更理由	変更年月日
年　月　日			フリガナ	1 2 3 4	←	フリガナ	・婚姻 ・離婚 ・養子縁組 ・外国姓から通称へ変更 ・その他（　　）	年　月　日
		男・女						
生年月日	被保険者との続柄	性別	変更後氏名	資格確認書発行要否（※）		変更前氏名	変更理由	変更年月日
年　月　日			フリガナ	1 2 3 4	←	フリガナ	・婚姻 ・離婚 ・養子縁組 ・外国姓から通称へ変更 ・その他（　　）	年　月　日
		男・女						

（R6.12.02）

※資格確認書の発行が必要な場合は、以下の中から該当するものを選択し、該当の番号を☑してください。なお『資格確認書（再）交付申請書』が別途必要です。

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
4. その他（『資格確認書（再）交付申請書』で交付希望理由を明確に記してください。原則マイナ保険証保有者には交付できません。）

◎外国姓から通称へ変更する場合は、住民票を添付してください。
◎氏名変更の理由によっては、添付書類をご提出いただく場合があります。
◎有効な健康保険被保険者証あるいは資格確認書をお持ちの場合は、必ず添付してください。

年　月　日

日本ペイント健康保険組合理事長殿

上記のとおりお届けいたします。

事業主所在地
事業主名称
事業主氏名