

【申請ルート】

△被保険者(本人)→お勤め先の会社・事業所の社会保険担当部署→健康保険組合
(任意継続加入者のみ、事業所ではなく直接健康保険組合宛へ送付ください。)

ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿

氏名等変更申請書

提出日: 2024年 12月 5日

事業所名	ブリヂストン〇〇								所属部署	〇〇部〇〇課					
記号				番号 ※枝番は不要								被保険者氏名			
X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	健保 太郎			

以下該当するものすべてにチェックいただき添付書類や返却物、再交付の有無など確認をお願いいたします。

変更事項		申請上の注意 *JIS2004規格以外登録不可(環境依存文字と出るものは登録できません)									
フリガナ 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 結婚離婚	・結婚や離婚による改姓 *添付は必須ではありませんが、登録間違いがないよう確認できる書類を添付いただけると助かります。									
	<input type="checkbox"/> その他	・氏名(改姓・改名)/性別の変更:改姓・改名・性別の変更を証明できる書類を添付してください。 *氏名変更の旨を会社の社会保険担当にお知らせ下さい。(給与口座名義と氏名が違うと給付金の振り込みができません!!) *特段の事情等により通称名や性別表記を変更したい場合は健康保険組合まで直接ご相談ください。									
	<input type="checkbox"/> 性別										
<input type="checkbox"/> 続柄		養子縁組などにより変更した場合が対象です。続柄が確認できる戸籍謄本などの写しが必要です。									

対象者区分	変更事項	再交付手数料	再交付有無	返却物
<input type="checkbox"/> 有効期限内の資格確認書(A4型)	フリガナ/氏名 性別		あり	資格確認書
健保太郎さんは、マイナ保険証で受診していますが、保険証も保有しているため、保険証の返却が必要となりま				
<input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証・資格確認書 A4型を保有している	フリガナ/氏名 性別 続柄	不要	原則なし *資格確認書A4型は、有効期限までそのままご使用ください。	なし
<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証を保有している	フリガナ/氏名 性別 続柄		なし *マイナ保険証が利用できない方は、別途資格確認書交付申請書をご提出ください	保険証
			なし	

※申請の誤りによる訂正は「氏名等【訂正】申請書」にて申請してください。

※任意継続被保険者の場合は、変更後であることが確認できる住民票を添付いただく必要があります。

変更事項にチェックを入れ変更内容をご記入ください。

1	変更事項	チェック	変更前				変更後			
	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/>	姓	ケンポ	名	タロウ	姓	ケンコウ	名	タロウ
氏名	<input checked="" type="checkbox"/>	姓	健保	名	太郎	姓	健康	名	太郎	
	性別/続柄									
2	変更事項	チェック	変更前				変更後			
	フリガナ		姓		名		姓		名	
	氏名		姓		名		姓		名	
	性別/続柄									
3	変更事項	チェック	変更前				変更後			
	フリガナ		姓		名		姓		名	
	氏名		姓		名		姓		名	
	性別/続柄									

事業所 確認欄	係		長	健保 使用欄	I/P	再交付有無		係		事務長	常務理事
					/	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				