年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

健康保険　☐ 氏名　等　☐ マイナンバー（個人番号）　変更・訂正届

（該当する方にチェックしてください）

被保険者の記号と番号	記号	被保険者氏名 ＜自署＞	
	番号	連絡先電話番号	―　　―

変更する箇所のみ記入

		変更前	変更後	変更・訂正の事由
被保険者	フリガナ			
	氏名			
	給振口座の名義変更（どちらかに○印）	済		
		未　⇒ **給付金等の振込ができない場合がありますので、早急に変更してください。**		
被扶養者	フリガナ			
	氏名			
	フリガナ			
	氏名			
	フリガナ			
	氏名			
その他（　　）				
マイナンバー（個人番号）		マイナンバー（個人番号）を変更された方の氏名等のみ記入してください。 新マイナンバー（個人番号）は記入しないでください。 氏名 （続柄：　　）		
事業所　所在地 名　称 事業主　氏　名		この届出は申請者本人が作成したものであり、記載内容について誤りがないことを申請者本人が確認しています。		左欄は事業主が記入してください。 任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。
総務担当役職者氏名および連絡先		電話：　　―　　―　　（内線　　）		

○ **事業主記入欄を訂正する場合、二重線で抹消し、正しい内容と事業主（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。**

○ **氏名、生年月日を変更・訂正する場合の添付書類**

① （交付を受けている場合）被保険者証、資格確認書、限度額適用認定証、高齢受給者証等

② 変更・訂正内容が確認できる書類（免許証・住民票・受理証明書等）の写し

○ **2024年12月2日以降、保険証は交付できません。資格確認書が必要な方は「資格確認書交付申請書」をご提出ください。**

○ マイナンバー（個人番号）を変更された場合、当健康保険組合が番号法に基づき新番号を住基ネットへ照会します。

○ 任意継続被保険者は事業主の確認が取れないため、本人確認書類（運転免許証の写し、住民票等）を添付してください。

【健保使用欄】

検印	担当者