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）		**盗難・紛失等でマイナンバーを変更された場合、変更された方の氏名等のみ記入してください。** **変更後のマイナンバー（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）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・マイナンバーカード・住民票・受理証明書等）の写し

○ **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、マイナンバーカードの写しを添付してください。

○ 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