

常務理事	事務長	担当

健康保険 **任意継続** 被保険者 被扶養者 **氏名変更届**

※以下の太枠をご記入いただき、変更があった日から5日以内にリクルート健保 任意継続担当へ提出してください。
 ※扶養者のいる方が氏名変更する場合は、HPの「氏名変更時に必要な書類」を確認の上、必要書類を添付してください。
 ※“保険証”又は有効期限内の”資格確認書”を添付してご提出ください。
 (マイナ保険証ご利用の方は、添付物はありません。)
 保険証や資格確認書を紛失して添付できない場合は、「被保険者証・資格確認書 紛失届」を添付してください。
 ※健保にてマイナ保険証登録情報を確認し、マイナ保険証を利用できない方には、資格確認書(有効期限1年)を交付します。

被 保 険 者 情 報	健康保険の 記号・番号	記号	番号	枝番	
	被保険者の 氏名				被保険者の 生年月日

変 更 を 申 請 す る 該 当 者	1	変更前氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	変更理由	
		変更後氏名	(フリガナ)	変更日	平成 令和		
	2	変更前氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	変更理由	
		変更後氏名	(フリガナ)	変更日	平成 令和		
	3	変更前氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	変更理由	
		変更後氏名	(フリガナ)	変更日	平成 令和		
	4	変更前氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	変更理由	
		変更後氏名	(フリガナ)	変更日	平成 令和		

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

受付日付