

【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： 年 月 日

事業所名				所属部署					
記号		番号 ※枝番は不要						被保険者氏名	

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	変更理由	必要な添付書類
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> フリガナ	<input type="checkbox"/> 結婚離婚	添付書類は必須ではありません。 ※ただし登録間違いのないように、可能な方は住民票コピーや戸籍謄本コピーなどの確認できる書類を添付ください。
	<input type="checkbox"/> その他	結婚・離婚以外の理由による改姓・改名・性別変更の場合は、証明できる書類を添付ください。 ※給与口座名義と変更後氏名が違う場合はお勤め先の社会保険担当部署に必ずご連絡ください。(給付金の振り込みができなくなります。)
<input type="checkbox"/> 性別		※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"/> 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型以外のもの)を保有している	フリガナ/氏名 /性別	不要	あり	資格確認書
		続柄		なし	なし
<input 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		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

※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。
※環境依存文字などのJIS2004規格以外の文字は登録できません。
※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		姓	名	姓	名
	氏名		姓	名	姓	名
	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					