

三菱自動車健康保険組合 御中  
(在職中の方は勤務先の健保担当窓口経由でご提出ください。)

記入例

健康保険 届  
 被保険者  氏名変更・訂正  
 被扶養者  生年月日訂正

被扶養者(家族)の申請には、申請理由が確認できる公的な証明書(住民票・戸籍謄本等)の添付が必要です。  
被保険者(本人)の漢字氏名を訂正・変更する場合は、被扶養者全員の健康保険証も添付してください。  
※消えない筆記具(ボールペン等)で太線内該当欄に記入してください。文字が消える場合は届出を受付しません。

記号	被保険者番号	被保険者氏名(変更前の氏名)	性別	生年月日(変更前の生年月日)			
101	1023456	三菱 康子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	02	03	04

		フリガナ	性別	生年月日				申請理由	
		氏名						変更	
<input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 訂正	後	ケンボ ヤスコ 健保 康子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	02	03	04	<input checked="" type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ( )	「改名」などの具体的な理由を記入してください
	前	ミツビシ ヤスコ 三菱 康子	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	01	09	10		

<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 訂正	後	姓・名の間は1文字あけて下さい 【氏名は12文字まで(スペース含む) それ以上は保険証に印字されません】	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ( )	婚姻日もしくは戸籍上の入籍日
	前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 訂正	後		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ( )

<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 訂正	後		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ( )

<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 訂正	後		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ( )

令和 年 月 日 提出

上記、届出の内容に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主(代理人)氏名

電話連絡先

この欄は事業主記入欄ですので、被保険者は記入しないでください

健保受付印

三菱自動車健康保険組合			
常務理事	事務長	検印	担当