20241001

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。)

□　被　保　険　者　　□氏名変更・訂正

健康保険　　届

□　被　扶　養　者　　□生年月日訂正

任意継続者(本人・家族)及び在籍者の被扶養者(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(姓)を訂正・変更する場合は、被扶養者全員の資格確認書（または健康保険証）も添付してください。（資格情報のお知らせは不要です）
※消えない筆記具(ボールペン等)で**太線内該当欄**に必要事項を記入してください。
　なお、被保険者記号・番号が不明の場合は、勤務先の健保担当窓口へご確認いただくかマイナンバーを記入してください。

被保険者等記号	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)
			□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日

マイナンバー												被保険者の記号番号などが不明な場合は、マイナンバーを記載してください。

	該当に○印	枝番		フリガナ 氏　名	性別	生年月日	申請理由 変更・訂正日
変更・訂正を申請する対象者	変更・訂正		後		□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□婚姻 □養子縁組 □その他（　　）
			前		□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	令和　年　月　日
	変更・訂正		後		□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□婚姻 □養子縁組 □その他（　　）
			前		□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	令和　年　月　日
	変更・訂正		後		□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□婚姻 □養子縁組 □その他（　　）
			前		□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	令和　年　月　日
	変更・訂正		後		□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□婚姻 □養子縁組 □その他（　　）
			前		□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	令和　年　月　日

令和　　年　　月　　日　提出

上記、届出の内容を確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主(代理人)氏名

電話連絡先

事業主担当者確認　　申請者(被保険者)が作成したものである □

受付日付印

常務理事	事務長	主任	担当