

【提出先】社会保険担当部課→サンデン健康保険組合

健康保険

氏名・生年月日変更(訂正)届

常務理事	事務長	係	係

被 情保 報險 者	記号番号	所属名または事業所名	被保険者名 (変更後)
	33 一		

	変更後	変更前
フリガナ 氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
フリガナ 氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
フリガナ 氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
変更 理由		

該当するものを選択してください。

1. 資格確認書発行が 必要 必要でない

※マイナ保険証を有している方には原則交付できません

2. 1で「必要」と回答した場合は、資格確認書の発行が必要な理由

マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、
利用登録解除者

マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

※資格確認書が発行されている方は必ず添付してください。

事 業 主 の 証 明		受 付 印
確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が、自署以外で作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	この届出の記載事項について、事実に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名