

健康保険 氏名変更届

丁寧な字でご記入ください。

提出ルート

< 記入例 >

在職者の場合	本人	→	組織：工場総務（本社機能はWS給与）、組織以外：事業所健保窓口	→	健保組合
任意継続被保険者の場合	本人				

記号・番号は、マイナポータル健康保険証または資格確認書などを確認の上、ご記入ください。

豊田自動織機健康保険組合 御中					提出日 2024 年 12 月 2 日	
記号・番号	記号	1	番号	12345	被保険者氏名	健保 太郎
会社名	株式会社豊田自動織機				所 属	刈谷工場 ○○部 ○○課
電話番号	(090) 1111 - ××××				内線番号	-
氏 名 変 更 対 象						変更理由 (該当する□に✓)
被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者	変 更 後	(フリガナ) スズキ タロウ		続 柄	☒ 結婚 ☐ 離婚 ☐ その他 〔 〕
		前	(氏) 鈴木 太郎		本人	
	被 扶 養 者	変 更 後	(フリガナ) 健康保険証・高齢受給者証・資格確認書をお持ちの方は、原本を添付してください。		続 柄	☐ 結婚 ☐ 離婚 ☐ その他 〔 〕
		前				
	被 扶 養 者	変 更 後	(フリガナ)		続 柄	☐ 結婚 ☐ 離婚 ☐ その他 〔 〕
		前				

事 業 主 証 明 欄	上記申請内容について証明致します。			年 月 日
	所在地	事業主（総務または人事）の方が記入・捺印してください。		
	事業所 名 称			
	代表者氏名 (織機の各工場は総務部（室）長)			

1. 注意事項

- 健康保険証・高齢受給者証・資格確認書をお持ちの方は、原本を添付して提出してください。
- 住民票の情報を更新してから申請してください。
- 記入はデータ入力またはボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正箇所には訂正印を押してください。

2. 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用場合があります。

詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/> をご覧ください。

お問い合わせ先：〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ TEL0566-21-7784（内線70-4611）

健 保 記 入 欄	決 裁	事務長	GM	担当	マイナ保険証		健保受付印	総務受付印
					登録	あり・なし		
					発行	お知らせ		
						資格確認書		