

健康保険 被保険者氏名変更（訂正）届

常務理事	事務長	課長	担当者

①被保険者の記号	②被保険者の番号	③個人番号（または基礎年金番号）	④生年月日
		2枚目にご記入ください	年 月 日 昭和 5 平成 7 令和 9
⑤被保険者の氏名 (変更後)	(フリガナ)	(氏)	⑦資格確認書 発行要否 発行が必要 <input type="checkbox"/>
	(氏)	(名)	

※資格確認書の発行が必要な場合は、別途「資格確認書（再）交付申請書」を添付してください。

令和 年 月 日提出
 受付日付印

事業所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

社会保険労務士記載欄

氏名等

◎ 裏面の資格確認書記入方法をご参照の上、記入してください。
 ◎ 被扶養者にも変更・訂正がある場合は、「被扶養者異動届（変更）」も必要です。
 ◎ 訂正がある場合は、「被扶養者異動届（変更）」も必要です。

様式コード
2 2 0 7
圖書コード
2 0 7

厚生年金保険 被保険者氏名変更（訂正）届

事務センター長	副事務センター長	グループ長	担当者
所長	副所長	課長	

①事業所整理記号	②被保険者整理番号	③個人番号（または基礎年金番号）	④生年月日
⑤被保険者の氏名（変更後）	(フリガナ)	(氏)	年 月 日
	(名)	⑥変更前の氏名	昭和5 平成7 令和9
			⑦備考

◎裏面の記入方法をご参照のうえ、記入してください。

令和 年 月 日提出

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地 干

事業所名称

事業主氏名

電話

受付日付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

【記入の方法】

- 1.③は、本人確認を行ったうえで個人番号を記入してください。
基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。
- 2.④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

昭	和	5
平	成	7
令	和	9

のように記入してください。
- 3.⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。
- 4.⑦は、被保険者整理番号又は基礎年金番号の通知を受けていないときは、その旨を記入してください。（厚生年金分のみ）
5. 本手続きは電子申請による届出も可能です。（厚生年金分のみ）
なお、厚生年金保険においては、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続きを事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者の提出代行であることを証明することができ、本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

- 6.⑦資格確認書の発行の要否は、資格確認書の発行が必要な場合(※)に、「発行が必要」の□に✓をいれて、別途「資格確認書(再)交付申請書」を添付してください。

※以下に該当する場合に限りです。

- ・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