

## 氏名の変更申請について

### (被保険者・被扶養者共通)

#### 1. 申請条件

次に該当する場合には健康保険証の氏名変更申請を行ってください。

- ・結婚等にて被保険者(本人)の姓が変わることになった場合等
- ・被扶養者(家族)の姓が変わることになった場合

#### 2. 申請方法

- ・「健康保険証 氏名変更届」に必要事項をご記入のうえ、申請してください。  
(改姓による変更の場合には、変更があった日から5日以内の申請が原則となります)

- ・旧健康保険証の回収は、新健康保険証発行後に差し替えとなります。  
**油性ペンで“無効”および、記入日を記載**のうえ、当健康保険組合に返却してください。

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

#### 3. 添付書類

住民票(氏名変更後)

#### 4. 提出先

〒790-0011  
愛媛県松山市千舟町5-6-1 ひめぎん末広町ビル  
富士通健康保険組合 事務サポートセンター  
特例退職または任意継続担当 宛  
044-738-3010

以 上

### 健康保険証 氏名変更届

(被保険者・被扶養者共通)

届出年月日 ●●●● 年 ● 月 ● 日		健保組合	常務理事		事務局長		課長		担当者
記号一番号	特例退職者医療制度		9001 -						
	任意継続被保険者制度		1851 - ●●●●●●						
被保険者名	富士 通子		(氏名変更後の氏名)						
住所	〒●●●●-●●●●		川崎市中原区小●●●●マンション●●●●						
電話番号	自宅: ●●●●-●●●●-●●●●		携帯: ●●●●-●●●●-●●●●						
申請対象者1	新	(フリガナ) フジ ミチコ						性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	続柄	本人	旧	健保 通子					
申請対象者2	新	(フリガナ)						性別	男・女
	続柄		旧						
申請対象者3	新	(フリガナ)						性別	男・女
	続柄		旧						
氏名変更理由	結婚の為								

押印は不要です。

上記のとおり、申請いたします。

◆被保険者様の氏名変更に伴うご注意◆  
 金融機関（保険料自動振替先）の名義変更はお済ですか？（  済  未 ）  
 →未だの場合は、保険料引き落としができませんので、至急手続きをお済ませください。

■添付書類  
 住民票（氏名変更後）

■その他  
 旧健康保険証は新健康保険証発行後に差し替えとなります。  
 返却の際、旧健康保険証は切らずに油性ペンで大きく“無効”と記入日を記載してください。

## 健康保険証 氏名変更届

(被保険者・被扶養者共通)

届出年月日		年	月	日	健 保 組 合	常 務 理 事		事 務 局 長		課 長		担 当 者	
記号一番号		特例退職者医療制度			9001 -								
		任意継続被保険者制度			1851 -								
被保険者名		(氏名変更後の氏名)											
住 所		〒											
電 話 番 号		自宅 :						携帯 :					
申請対象者1		新	(フリガナ)									性 別	
												男・女	
続柄		旧											
申請対象者2		新	(フリガナ)									性 別	
												男・女	
続柄		旧											
申請対象者3		新	(フリガナ)									性 別	
												男・女	
続柄		旧											
氏名変更理由													

上記のとおり、申請いたします。

## ◆被保険者様の氏名変更に伴うご注意◆

金融機関（保険料自動振替先）の名義変更はお済ですか？（  済  未 ）

→未だの場合は、保険料引き落としができませんので、至急手続きをお済ませください。

## ■添付書類

住民票（氏名変更後）

## ■その他

旧健康保険証は新健康保険証発行後に差し替えとなります。

返却の際、旧健康保険証は切らずに油性ペンで大きく“無効”と記入日を記載してください。