

常務理事	事務長		担当

健康保険 被保険者・被扶養者 氏名変更(訂正)届

セールスフォース 健康保険組合理事長 殿

記号	番号	社員番号	被保険者の氏名	性別
2000	〇〇〇〇	××××	健康 花子	男 女
被保険者の生年月日			被保険者の住所	
昭和55年11月19日			〒 123-4567 東京都 〇〇区 ×× 1-2-3	電話 090 (〇〇〇〇) ××××

変更後の氏名		変更前の氏名		変更理由
フリガナ		フリガナ		
ホケン	ハナコ	ケンコウ	ハナコ	婚姻のため
姓	名	姓	名	
保険	花子	健康	花子	婚姻のため
フリガナ		フリガナ		
ホケン	タロウ	ケンコウ	タロウ	婚姻のため
姓	名	姓	名	
保険	太郎	健康	太郎	婚姻のため
フリガナ		フリガナ		
ホケン	ジロウ	ケンコウ	ジロウ	婚姻のため
姓	名	姓	名	
保険	次郎	健康	次郎	
フリガナ		フリガナ		
姓	名	姓	名	

※「資格確認書」の記載内容に変更が必要な場合は、「資格確認書交付申請書」と、旧氏名が記載された「資格確認書」を添付してください。

令和6年12月6日提出

事業所所在地
事業所名称
事業主
電話

社会保険労務士の提出代行

受付日付印