

様式コード				
2	2	0	7	
届書コード				届書
2	0	7		

健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届
厚生年金保険

常務理事	事務長	課長	係長	係

- <注意> 1. 被保険者証を添付してください。(被扶養者がいる場合は被扶養者の被保険者証も添付してください。)
2. マイナンバーと基礎年金番号が結びついていない被保険者が氏名変更を行う場合には、厚生年金保険への届出も必要です。

①厚生年金 事業所記号		健康保険 記号	②被保険者番号	③基礎年金番号		④生年月日			
						1.昭和 2.平成 3.令和	年	月	日
※									
⑤被保険者の氏名	変更前	(フリガナ) (氏)		(名)		⑥被保険者証交付	※ 0. 要 1. 不要		
	変更後	(フリガナ) (氏)		(名)		備考			

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	

年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--