

【ご案内】

- 既に事業主に「健康保険証」と「戸籍謄本」等を提出済みの方は当「改姓届」のみ事業主経由で提出してください。
- 任継の方は、「戸籍抄本」及び「健康保険被保険者証」(改姓手続き枚数分)を「書留」又は「簡易書留」にて日本旅行健康保険組合へ直接ご郵送ください。

日本旅行健康保険組合 御中

改 姓 届

平成 年 月 日提出

※太枠内を記入し、事業所（総務・人事）経由で提出してください。

※任継の方は④⑤の記入は不要です。

※改姓をされる方の被保険者証を添付してください。

① 保 険 証	記号－番号		②被保険者氏名（旧姓）		③生年月日			
	—		(ふりがな)		昭和 平成 年 月 日			
④事業所名		⑤勤務箇所名		電話：				
⑧被保険者の住 所								
〒								
電話：				携帯：				
⑥（旧姓）				➡	⑦（改姓）			〔(旧)証の添付〕
ふりがな					ふりがな			有 ・ 無
氏 名					氏 名			〔発行通番〕
⑧該当にチェック（☑）を入れ、ご記入ください。 ア. <input type="checkbox"/> 改姓は 本人のみ の改姓（下記、リストの記入は不要） イ. <input type="checkbox"/> 改姓は 本人と家族（被扶養者）全員 が改姓 ウ. <input type="checkbox"/> 改姓は 本人と家族（被扶養者）の一部 が改姓 エ. <input type="checkbox"/> 改姓は 家族（被扶養者）の一部のみ が改姓 ※イ～エに該当する方は 家族（被扶養者）全員 の改姓後の氏名・住所及び続柄を確認いたしますので、ご記入下さい。								
⑧氏 名		⑨住 所			⑩続柄			〔(旧)証の添付〕 有 ・ 無 〔発行通番〕
(フリガナ)		〒						
⋮		電話：			携帯：			
フリガナ		〒						
⋮		電話：			携帯：			
(フリガナ)		〒						
⋮		電話：			携帯：			

【事業所 担当者の方へお願い】

※当「改姓届」に「氏名変更（訂正）届」及び（旧）保険証を添付し、健保組合へ提出してください。

事業所所在地 〒

事業所名

事業主氏名

電話：

印

〔受付日付印〕

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	業務係長	係員

