

健康保険 任意継続被保険者 氏名 生年月日 性別 住所 電話番号 変更(訂正)届 記入の手引き

転居や結婚等により被保険者の住所・氏名等が変わった場合にご使用ください。

届出書は1ページです。
漏れなく正確にご記入ください。

The form is titled '健康保険 任意継続被保険者 氏名 生年月日 性別 住所 電話番号 変更(訂正)届 (被覆)'. It contains several sections for data entry:

- 届出事項**: Includes fields for '届出番号' (with a sample '5000000'), '加入者番号', '氏名', '郵便番号', and '住所'.
- 変更した住所**: A table with columns for '変更前' and '変更後', containing fields for '氏名', '生年月日', '性別', and '住所'.
- 変更した氏名**: A table with columns for '変更前' and '変更後', containing fields for '氏名', '生年月日', '性別', and '住所'.
- 住所変更**: Fields for '住所変更 生年月日' and '電話番号'.
- 社会保険番号**: A section for '提出代行番号記入欄' with checkboxes for '本人入力' and '代行入力'.

被保険者ご自身でご記入ください。

添付書類をご用意ください。

氏名、生年月日、性別を変更(訂正)する場合

【お手元にお持ちの場合のみ】

- 資格確認書
 - 高齢受給者証
 - 限度額適用認定証
 - 限度額適用・標準負担額減額認定証
 - 特定疾病療養受療証
- ☞被扶養者がいる場合は、被扶養者にかかる上記すべての証書を併せて添付してください。

住所、電話番号を変更(訂正)する場合

- なし

注意事項

●同一都道府県内での住所変更の場合

資格情報のお知らせは送付されません。現在お持ちの資格情報のお知らせは保管してください。

☞届出書をご提出いただく時期により、旧住所へ納付書をお送りする場合があります。

納付書を新住所へ転送するため、郵便局に転居届をご提出ください。

●都道府県外への住所変更の場合

転出先(新住所地)を管轄する協会けんぽ都道府県支部へご提出ください。

後日、協会けんぽ都道府県支部から資格情報のお知らせを送付します。

なお、口座振替により保険料納付をされている方で、特にお申出がない場合は、転出先支部でも口座振替によるお支払いとなります。

☞転出後の初回保険料で、差額が生じた場合は、別途お送りする納付書により差額をお支払いいただきます。

☞転出先(新住所地)で、振替口座を変更する場合は別途申請が必要です。「口座振替依頼書」(※1)を転出先支部へご提出ください。

●氏名・生年月日の変更の場合

資格情報のお知らせは送付されません。変更された資格情報のお知らせの発行を希望される場合は、「資格情報のお知らせ交付申請書」(※1)をご提出ください。

(※1)協会けんぽホームページからダウンロードできます。

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

記入例

任意継続被保険者 氏名 生年月日 性別 住所 電話番号 変更(訂正)届

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 | 2 3 4 5 6 7 8 9 | アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を黒塗りし、欄外に正しい内容をご記入ください。

1 資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。



2 被保険者のマイナンバーは、**①の記号と番号が不明の場合のみ**ご記入ください。
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

⑦イの両方を本人確認書類貼付台紙(※)に、貼付のうえ、申請書に添付してください。

⑦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

⑧ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、被保険者のマイナンバーが記載された住民票が住民票記載事項証明書

(※) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

なお、代理人(被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人)が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等に定められています。

健康保険 任意継続被保険者 氏名 生年月日 性別 住所 電話番号 変更(訂正)届 被届

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

転居や結婚等により被保険者の住所・氏名等が変わった場合にご使用ください。

	記号(左づめ) <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/>	番号(左づめ)	生年月日 1. 昭和 <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="1"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> 日 2. 平成 3. 令和
	個人番(マイナンバー)		
	氏名(カタカナ) <input type="text" value="キ"/> <input type="text" value="ョ"/> <input type="text" value="ウ"/> <input type="text" value="カ"/> <input type="text" value="イ"/> <input type="text" value="タ"/> <input type="text" value="ロ"/> <input type="text" value="ウ"/>		
	氏名 <input type="text" value="協"/> <input type="text" value="会"/> <input type="text" value="太"/> <input type="text" value="郎"/>		
	郵便番号(ハイフン除く) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	電話番号(左づめハイフン除く) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/>	
	住所 <input type="text" value="東"/> <input type="text" value="京"/> <input type="text" value="港"/> <input type="text" value="区"/> <input type="text" value="〇"/> <input type="text" value="〇"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="△"/> <input type="text" value="△"/> <input type="text" value="マ"/> <input type="text" value="ン"/> <input type="text" value="シ"/> <input type="text" value="ョ"/> <input type="text" value="ン"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>		
	変更になった項目のみ、変更前・変更後の両方をご記入ください。		
	変更前 氏名(カタカナ) <input type="text" value="ケ"/> <input type="text" value="ン"/> <input type="text" value="ホ"/> <input type="text" value="タ"/> <input type="text" value="ロ"/> <input type="text" value="ウ"/>		
	変更後 氏名(カタカナ) <input type="text" value="キ"/> <input type="text" value="ョ"/> <input type="text" value="ウ"/> <input type="text" value="カ"/> <input type="text" value="イ"/> <input type="text" value="タ"/> <input type="text" value="ロ"/> <input type="text" value="ウ"/>		
	氏名 <input type="text" value="健"/> <input type="text" value="保"/> <input type="text" value="太"/> <input type="text" value="郎"/>		
	氏名 <input type="text" value="協"/> <input type="text" value="会"/> <input type="text" value="太"/> <input type="text" value="郎"/>		
	生年月日 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日		
	性別 <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女		
	住所 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>		
	住所 <input type="text" value="千"/> <input type="text" value="葉"/> <input type="text" value="千"/> <input type="text" value="葉"/> <input type="text" value="市"/> <input type="text" value="〇"/> <input type="text" value="〇"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>		
	住所 <input type="text" value="東"/> <input type="text" value="京"/> <input type="text" value="港"/> <input type="text" value="区"/> <input type="text" value="〇"/> <input type="text" value="〇"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="△"/> <input type="text" value="△"/> <input type="text" value="マ"/> <input type="text" value="ン"/> <input type="text" value="シ"/> <input type="text" value="ョ"/> <input type="text" value="ン"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>		
	住所変更年月日 令和 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> 日		
	電話番号(左づめハイフン除く) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/>		
	電話番号 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/>		
	社会保険労務士の提出代行者名記入欄		
	以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。		
	申請区分 <input type="checkbox"/> 1. 支那外住所変更	MN確認(被保険者) <input type="checkbox"/>	受付日印
	同時申請 <input type="checkbox"/> 1. 廃業	1. 減額認定	協会使用欄は記入不要です。
	2 0 3 1 1 1 0 2	その他 <input type="checkbox"/> 1. その他 2. 既経理 (理由)	枚数 <input type="text" value=""/>

全国健康保険協会 協会けんぽ 1 / 1

3 被保険者情報欄には、変更後の氏名・生年月日・住所・電話番号をご記入ください。

4 被保険者の氏名をご記入ください。機械(OCR)処理しますので、必ず氏名(カタカナ)もご記入ください。

5 変更になった項目について、変更前、変更後の両方をご記入ください。

6 姓と名の間は1マス空けて、ご記入ください。1行で足りない場合は、続けて2行目にご記入ください。