

様式コード			
2	2	0	7
届書コード			届書
2	0	7	

健康保険 被保険者氏名変更届 厚生年金保険

常務理事	事務長	課長	担当者

◎「記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。」の印欄は記入しないでください。

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 基礎年金番号(または個人番号)	④ 生 年 月 日	送 信
※			昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9	
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(氏)	(名)	(氏)	送 信
	(フリガナ)		① 変更前の氏名	
			⑥健康保険被 保険者証不要	⑦ 備 考
			※ 要 0 不要 1	

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	(局)	番

社会保険労務士記載欄	
氏名等	

【記入の方法】

1. ③は、本人確認を行ったうえで、基礎年金番号または個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。なお、健康保険組合への届出に際しては③欄の記入は必要ありません。

2. ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

昭.	5			年			月			日
平.	7	3	2	0	2	0	7			
令.	9									

のように記入してください。

3. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

4. ⑦は、被保険者整理番号又は年金手帳の基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入してください。