

令和6年12月2日以降は、保険証の交付ができません。
資格確認書の発行が必要な場合(※)は「☐ 必要」にチェックを入れてください。
※発行が必要な場合
①マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
②マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除者
③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
マイナ保険証を利用できる場合は「☐ 不要」にチェックを入れてください。

記号番号は①～③のいずれかでご確認ください。
① マイナポータル
② 資格情報のお知らせ
③ 資格確認書

被保険者等記号

3 1 1

健康保険 被保険者氏名変更届

注 意 項

提出先……事業主を経由して健康保険組合へ
提出期限……速やかに

様式第七号(第二十八条関係)

被保険者番号		アドレスコード	被保険者の氏名(変更後)		性別	被	年 月 日		
1	2	3	4	5	内 線	健保 花子	男・女	昭和 平成 令和	月 18 日生
変更後の氏名					変更前				
フリガナ					フリガナ				
氏 名					氏 名				
ケン ホ					ハ ナ コ				
健 保					花 子				
三 井					花 子				
変更年月日			変更理由			資格確認書発行要否			
令和 7 年 12 月 1 日			結婚のため			<input type="checkbox"/> 必要 マイナンバーカードを持っていない方、持っているが健康保険証利用登録をしていない方			
						<input checked="" type="checkbox"/> 不要 マイナ保険証で受診可能な方			

令和 7 年 12 月 10 日提出

事業所の所在地及び名称

三井物産健康保険組合 理事長殿

事業主の氏名

事業主記入