決裁	常務理事	事務長		係

事業主 担当者	
	□本人（被保険者）の届出意志確認済み

※氏名が自署でない場合、上記□にﾁｪｯｸ✔をしてください

ディスコ健康保険組合理事長 殿

被保険者 被扶養者　氏名変更届　兼　資格確認書交付申請書

記号	1	番号	

※下記太枠内について、漏れなく記入して下さい。

提出日　令和××年　6月　6日

社員番号	□□□□	変更前氏名	健保　組子
変更年月日	令和　××　年　5　月　25　日		
変更理由	結婚 ・ 離婚 ・ その他（詳細：　　）		

被保険者欄	変更後氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ カマタ　クミコ 蒲田　組子	対象者全員の保険証・資格確認書を添付（ 1 ）枚		資格確認書発行の右記を記入してください	□	マイナ保険証がないため、発行を希望
被扶養者欄	変更前氏名		続柄				
	変更後氏名						マイナ保険証がないため、発行を希望
	変更前氏名						
	変更後氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	世帯区分	同居 ・ 別居		□	マイナ保険証がないため、発行を希望
	変更前氏名		続柄				
	変更後氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	世帯区分	同居 ・ 別居		□	マイナ保険証がないため、発行を希望

被扶養者がいる場合、枚数を記入し保険証・資格確認書を添付して下さい。

被扶養者の氏名が変更されなくても、家族の保険証・資格確認書には被保険者の氏名が印字されているため、差し替えが必要です。

※マイナ保険証の利用および資格確認書の発行には、国のシステムへの確認のため２週間以上かかることがあります。
※各会社の人事所管部署を経由して健康保険組合へ提出して下さい。
※該当者の保険証・資格確認書を必ず添付して下さい。
※別途、証明書類の提出を求めることがあります。
※資格確認書の交付手数料は1枚につき、5,000willです。

受付日付印

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。
	所在地 名　称 氏　名 事業主記入

Will処理月　　年　　月　Will処理

Rev. 2024/12