

健康保険 被保険者・被扶養者 ローマ字氏名届

事業所所在地	〒						常務理事	事務長	次長	課長	係長	係
事業所名称												
事業主氏名						社会保険労務士記載欄						
電話番号												

被保険者 記号				被保険者 番号								
生年月日	昭和 平成 令和		年		月		日	性別	男 女	住民票 の有無	有 無	
ローマ字 氏名記入欄	(フリガナ)											
	(ローマ字)											

※「漢字氏名」「通称名」をお持ちの方は、下記の欄に記入してください

漢字 記入欄 氏名	(フリガナ)	
	(氏)	(名)
記通 入稱 欄名	(フリガナ)	
	(氏)	(名)

※ローマ字氏名をお持ちでない場合は、その理由に□を入れてください

理由 記入欄	<input type="checkbox"/> 短期在留者であるため
	<input type="checkbox"/> 海外に住所を有している者であるため
	<input type="checkbox"/> 在留カード(または特別永住者証明書)にローマ字氏名が記載されていないため
	<input type="checkbox"/> その他 理由()

【記入上の注意】

- ローマ字氏名は、在留カードもしくは特別永住者証明書又は住民票に記載されているローマ字氏名を大文字で記入してください。
- ローマ字氏名をお持ちでない方は、「被保険者資格取得届等」に記載した「カナ氏名」を、「ローマ字氏名欄」に記入のうえ、「理由記入欄」にその理由を記入してください。

/ 受付 \