

# 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	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係

社会保険労務士記載欄
------------

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

漢字氏名記入欄	(フリガナ)	
	(氏)	(名)
通称名記入欄	(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 \