

常務理事	事務長	担当者

記入例

被保険者・被扶養者のどちらかを○を囲んでください。

健康保険 被保険者・被扶養者 ローマ字氏名届

被保険者・被扶養者のどちらかを○を囲んでください。

該当する番号を○で囲んでください。

日本で住民登録されていない方は「1 無」を、されている方は「2 有」を○で囲んでください。

記号・番号		生年月日	性別	住民票の有無
記号	番号	年 月 日	① 男 2 女	1 無 ② 有
0 0 0	1 2 3 4 5	1 9 9 0 0 9 1	①	②

被保険者氏名 被扶養者氏名

氏名記入欄	(フリガナ)	ホン	ギルトン
	(ローマ字)	HONG	KILDONG

在留カード(または特別永住者証明書)また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。

※「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(記入は任意です)。

※当該被保険者がローマ字氏名をお持ちでない場合は、その理由をチェック(✓)してください。

漢字氏名記入欄	(フリガナ)	コウ	キッドウ
	(氏)	洪	吉童
通称名記入欄	(フリガナ)	ケンポ	タロウ
	(氏)	健保	太郎

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()
-------	--

住民票に漢字氏名の記載がある方は、記入してください。

住民票に通称名の記載がある方は、記入してください。(記入は任意です)

当該被保険者が在留カード等を持っていない等の理由により、ローマ字氏名をお持ちでない場合は、該当する理由をチェック(✓)してください。

事業所所在地	〒 123-4567 岡山県岡山市北区南方X-X-X
事業所名称	健保商事 株式会社
事業主氏名	健保 一郎
電話番号	086 - 123 - 567

事業所所在地等、事業所情報を記入してください。

社会保険労務士の提出代行者欄

健康保険組合
受付印