健康保険組合		
長	長	担当者

受付年月日

事業主側経由所属		
長	長	担当者

被保険者
被扶養者 氏名変更届

関西電力健康保険組合常務理事殿

被保険者番号	被保険者氏名	続柄	新氏名	旧氏名	変更の理由
			(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
			(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
			(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
			(ﾌﾘｶﾞﾅ)		

◎対象の資格確認書をテープにて添付してください。

ここに氏名を変更される方の資格確認書（交付された方のみ）をセロテープ等で貼り付けてください。

※限度額適用認定証、高齢受給者証等、その他の証を発行している方については、本届出用紙と一緒に提出してください。

事業主の証明

上記のとおりお届けします

令和　　年　　月　　日　　事業主
代理人　　職氏名

【注意】氏名の外字登録は可能です。ただし、「医療費のお知らせ」等の印刷物につきましてはシステム制約上「文字化け」いたしますのであらかじめご了承願います。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

令和7年12月