健康保険 被保険者・被扶養者 ローマ字氏名届

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

社会保険労務士記載欄

被保険者証記号		被保険者証番号	

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	
	☐ 短期在留者であるため
	☐ 海外に住所を有している者であるため
	☐ 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
	☐ その他　理由（　　）

【記入上の注意】

1 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。

2 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

神奈川県電子電気機器健康保険組合