

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 生年月日訂正届

① 健康保険被保険者証の記号		② 健康保険被保険者証の番号		③ 年金手帳の記号		④ 年金手帳の番号		⑤ 訂正前の生年月日						
								昭・5		年		月		日
								平・7						
								令・9						
⑥ 種別 (性別)		⑦ 被保険者の氏名				⑧ 訂正後の生年月日				備考				
男・女		(フリガナ) (氏)				昭・5 平・7 令・9				年 月 日				
		(名)												

令和 年 月 日 提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	〒 ()局 番
----------------------------------	---------------------

受付日付印