

健康保険 被保険者生年月日訂正届

決裁 日付印	常務理事	事務長	部長	課長	係

被保険者等記号		被保険者等番号		訂正前の生年月日			
				昭.5 平.7 令.9			
性別	被保険者氏名			訂正後の生年月日			
1. 男	(フリガナ) (氏)	(名)		昭.5 平.7 令.9			
2. 女							

(注)
・被保険者証または資格確認書をお持ちの方は添付してください。
・マイナ保険証を利用できる方は、マイナ保険証をご利用ください。
・マイナ保険証を利用できない方には、資格確認書を交付します。

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話		

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
----------------	--