

部長	課長	係長	係

健康保険被保険者 生年月日訂正届

被保険者証の記号・番号		氏 名
記号	番号	フリガナ
被 保 険 者 の 現 住 所		
〒		
電話 ()		
訂正 後 の生年月日		訂正前の生年月日
昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日

【注意事項】

被保険者証を必ず添付してください。

令和 年 月 日

〒	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話番号	()

(1.5)

備考											

※組合記入欄

~~~~~  
受付年月日

|                |     |
|----------------|-----|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | (印) |
|----------------|-----|

# 記入例

## 健康保険被保険者 生年月日訂正届

|                                                           |           |                    |           |
|-----------------------------------------------------------|-----------|--------------------|-----------|
| 被保険者証の記号・番号                                               |           | 氏名                 |           |
| 記号<br>1234                                                | 番号<br>567 | フリガナ<br>ケンボ<br>健保  | タロウ<br>太郎 |
| 被保険者の現住所                                                  |           |                    |           |
| 〒123-4567<br>東京都〇〇区〇〇町1丁目 〇〇マンション102<br>電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 |           |                    |           |
| 訂正後の生年月日                                                  |           | 訂正前の生年月日           |           |
| (昭和)・平成 50年 1月 10日                                        |           | (昭和)・平成 50年 10月 1日 |           |

### 【注意事項】

被保険者証を必ず添付してください。

令和 1年 5月 1日

|                       |
|-----------------------|
| 〒 345-6789            |
| 事業所所在地 東京都〇〇市〇〇町3-2-1 |
| 事業所名称 医療法人社団 〇〇会      |
| 事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇       |
| 電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇   |

|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 備考 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

※組合記入欄

(1.5)

|                |     |
|----------------|-----|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | (印) |
|----------------|-----|