

常務理事	事務長	担当者

# 健康保険 { 被保険者 被扶養者 } 生年月日訂正届

※該当するものに○印を付けてください。

受付印

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 事業所番号		
	事業所 所在地	〒 -	
	事業所 名称		
	事業主 氏名		
	電話番号	( )	
下記の申請について事実と相違ないことを証明します。			担当者
			社会保険労務士記載欄 (氏名等)

被保険者情報 (変更前)	① 記号		② 番号		※ 保険証を必ず添付してください。 ※ 続柄は、戸籍と同じように記入してください。(例) 長男・長女				
	③ 被保険者 氏名	(フリガナ)		④ 被保険者 住所	〒 -				
	所 (会社名)		部署		TEL		内線		被保険者 TEL

生 年 月 日 変 更 ・ 訂 正 の 対 象 者	氏 名		(訂正後) 生年月日			(訂正前) 生年月日			性 別	続 柄	被保険者証または 資格確認書の添付 (健康使用欄)	交付年月日 (健康使用欄)	
	(フリガナ)	(氏)	年	月	日	年	月	日	1. 男 2. 女		有 無	年 月 日	
訂正の対象者	(フリガナ)	(氏)	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	1. 男 2. 女	有 無	年 月 日
	(フリガナ)	(氏)	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	1. 男 2. 女	有 無	年 月 日
	(フリガナ)	(氏)	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	1. 男 2. 女	有 無	年 月 日
	(フリガナ)	(氏)	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	1. 男 2. 女	有 無	年 月 日
	(フリガナ)	(氏)	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	1. 男 2. 女	有 無	年 月 日
	(フリガナ)	(氏)	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	令和 <input type="checkbox"/>	1. 男 2. 女	有 無	年 月 日