

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	係

健康保険 被保険者生年月日訂正届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険事業所記号		<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">〒 -</div> 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> 受付印 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: 100%;"> 社会保険労務士記載欄 氏名等 </div>

被保険者情報	① 被保険者番号		② 個人番号 <small>[基礎年金番号]</small>					
	③ 被保険者氏名	(フリガナ)		④ 被保険者生年月日 (訂正前)	5.昭和	年	月	日
		(氏)	(名)		7.平成			
⑤ 性別	1.男 2.女	⑥ 被保険者証の作成	不要 0 要 1	⑦ 備考				

訂正後	⑧ 訂正後の生年月日	5.昭和	年	月	日
		7.平成			
		9.令和			

※報道健保への届出については個人番号は記入しないでください。

記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号は下図を参考にご記入ください。

健康保険 事業所記号	1	6	2
---------------	---	---	---

①被保険者番号 : 被保険者番号（被保険者証の番号）をご記入ください。

②個人番号 : 個人番号（基礎年金番号）の記入は不要です。

[基礎年金番号]

③被保険者氏名 : 住民票に登録されている氏名をご記入ください。（フリガナはカタカナでご記入ください。）

④被保険者 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

生年月日

5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
0	1	0	3
0	4		

⑤性別 : 該当する番号を○で囲んでください。

⑦訂正後の : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

生年月日

5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
0	1	0	3
0	4		