

決 裁	常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	扱 者
日 付 印						

健康保険 被保険者生年月日訂正届

受付日付印

年 月 日 提出

事業主記載欄	
当該届の次の事項について確認しました。 ・申請者（被保険者）本人が作成した、または記載内容について誤りがないかを 申請者（被保険者）本人が確認したこと。 ・事業主は住民票や戸籍謄本等で記載内容に誤りがないか確認している。	
事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

社会保険労務士記入欄	
社会保険労務士の提出代行者	印

健康保険の記号				健康保険の番号			
被保険者の氏名				性別	資格確認書添付状況 (発行されている場合にのみ記入ください。)		
(氏)		(名)		☐ 男 ☐ 女	☐ 添付 ☐ 滅失 ☐ 未回収		
訂正前の生年月日				訂正後の生年月日			
☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日