

※組合使用欄

常務理事	事務長	部長	課長	係長	C/P

健康保険 被保険者 生年月日訂正届

被保険者証の記号	被保険者証の番号	訂正前の生年月日	性別	被保険者証の交付	証の回収状況
		5. 昭和 年 月 日 7. 平成 9. 令和	1. 男 2. 女	※ 0. 要 1. 不要	※ 被保険者証 枚 高齢受給者証 枚

「※」印欄は記入しないでください

被保険者の氏名	訂正後の生年月日	備考
(フリガナ) (氏) (名)	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 9. 令和	

令和 年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地 事業所名称 事業主名 電話番号	〒 _____ ()	印
---------------------------------	--------------------	---

社会保険労務士記載欄	印
------------	---

※ 事業主印は事業主名を明記する際にゴム印を使用した場合、押印してください。但し、自筆の場合は押印を省略できます。