

※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

被保険者等記号				被保険者等番号				訂正前の生年月日				資格確認書の交付		回収状況	
								5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年		月		日	※ 0. 要 1. 不要	※ 資格確認書 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)		5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年		月		日	
(氏)	(名)							

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	

社会保険労務士記載欄
