常務理事	事務長	課長	係長	係員

正

健康保険 被保険者生年月日訂正届（処理票）

◎記入の方法は3枚目に書いてありますからよくお読みください。
◎**必ず保険証を添付してください。**
◎「※」印欄は記入しないでください。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	③基礎年金番号	④訂正前の生年月日
			昭 5 平 7　年　月　日

㋐性別	㋑被保険者の氏名		⑤訂正後の生年月日	⑥健康保険被保険者証の作成	備考
男・女	(フリガナ) (氏)	(名)	昭 5 平 7　年　月　日	※ 不要 0 ・ 要 1	

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

事業所所在地	〒　　―
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話	

社会保険労務士の提出代行者印	㊞

副

健康保険 被保険者生年月日訂正届（処理票）

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	③ 基礎年金番号	④ 訂正前の生年月日
			昭 5 / 平 7　年　月　日

㋐ 種別（性別）	㋑ 被保険者の氏名		⑤ 訂正後の生年月日	⑥ 健康保険被保険者証の作成	備考
男・女	(フリガナ) (氏)	(名)	昭 5 / 平 7　年　月　日	※ 不要 0 ・ 要 1	

令和　　年　　月　　日提出

事業所所在地	〒　　―
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

［記入の方法］　１．④⑤および㋐欄は、該当するものを選択してください。

２．事業主の押印については、署名（自署）の場合は要しないものであること。