

健康保険

被保険者生年月日訂正届

常務	事務長	部長	次長	課長	補佐	係長	主任	扱者

令和 年 月 日 提出

受付印

事業主欄	健康保険 被保険者証記号	
	事業所 所在地	〒 -
	事業所 名称	
	事業主 氏名	
	電話番号	( )

社会保険労務士記載欄   氏名等
------------------

- ①から⑤までの該当欄を記入してください。
- この届出書は、被保険者本人の生年月日を訂正する場合に提出するものです。
- 被扶養者の生年月日を訂正するときは、「被扶養者（異動）届」を提出してください。
- この届出書を提出する際は、被保険者証を添付してください。

届出の対象者	① 証番号		② 被保険者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 性別	男・女			
	④ 訂正前の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	⑤ 訂正後の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	備考									