

# 健康保険 被保険者・被扶養者 生年月日訂正届

常務理事	事務長	グループ統括	課長	係長	担当

① 事業所記号		② 被保険者等番号		③ 訂正前の生年月日		④ 資格確認書発行要否	
				元号	年	月	日
						<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※マイナ保険証未登録の方のみチェックをしてください。	
⑦ 対象者の氏名				⑤ 訂正後の生年月日		⑧ 訂正の理由	
(氏)		(名)		元号	年	月	日

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		

※ 「資格確認書」が交付されている方は、この届出と一緒に添付してください。なお、マイナ保険証を利用登録したため、自己廃棄された場合は、以下に☑してください。

マイナ保険証を利用登録したため、自己廃棄

受付日付印

社会保険労務士記載欄 氏名等