

事業所担当者	

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 被保険者 生年月日訂正届
被扶養者

記号	番号	被保険者の氏名		性別	所属または会社名	
		(フリガナ)		男 女		
		(氏)	(名)			
申請が被扶養者に関するときはその者の		氏名			続柄	
訂正前の生年月日		訂正後の生年月日		訂正理由		備考
昭和 平成 令和	年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日			

※ 正しい生年月日が記載された公的書類を添付してください。(免許証のコピーなど)

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

印

令和 年 月 日 提出

受付印