

課長	課長補佐	課員

健康保険 被保険者生年月日訂正届 (処理票)

◎記入方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
 ◎「※」印欄は記入しないでください。
 ◎この届出書に記入の個人情報健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」において利用し、第三者には提供いたしません。

① 被保険者証の記号	② 被保険者証の番号	③ 個人番号				④ 訂正前の生年月日	⑦ 種別 (性別)
9 9 9 9	1 2 3 4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	昭. 5 平. 7	○ ○ △ △	年 月 日 1 1	① 2. 5. 3. 6. 4. 7.	
① 被保険者の氏名		⑤ 生年月日 (訂正後)	⑦ 作成原因	⑧ 備考			
(氏) ○○	(名) ○○○	年 月 日 昭. 5 平. 7 ○ ○ △ △ 1 7	要 0 不要 1				

令和 ○○年 △月 ××日 提出

受付日付印

事業所所在	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 111-1111
事業所名	東京都○○区○○町1-2-3
事業主氏名	○○○○株式会社
電話番号	代表取締役社長 ○○ ○○○ 03 (1234) 5678

社会保険労務士記載欄
氏名等