

常務理事	事務局長	課 長	担当課長	係 長	係	係

健康保険
被保険者・被扶養者

生年月日訂正届

令和 年 月 日

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—		被保険者 氏 名				
取得年月日	昭 和 平 成 令 和		年		月		日

対 象 者 氏 名							対 象 者 続 柄			
訂 正 後	5. 昭 和									
	7. 平 成									
	9. 令 和			年			月			日
訂 正 前	5. 昭 和									
	7. 平 成									
	9. 令 和			年			月			日

※健康保険証及び資格確認書をお持ちの方は必ず添付をお願いいたします。

事業所所在地 〒	—
事業所名称	
事業主氏名	
電 話 番 号	()

受付日付印

健保使用欄		
マイナ保険証利用登録	有	無
発行確認欄	資格情報のお知らせ	資格確認書・資格情報のお知らせ