常務理事	事務長	部　長	課　長	担当者

健康保険被保険者生年月日訂正届（処理票）

◎「※」印欄は記入しないでください。

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号（または基礎年金番号）	④ 訂正前の生年月日	㋐ 種別（性別）	送信
			昭5 平7 令9 年 月 日	1. 2.	

㋑ 被保険者の氏名		⑤ 生年月日（訂正後）		送信
（氏）	（名）	昭5 平7 令9 年 月 日		

"

令和　年　月　日提出

受付日付印

事業所所在地（届出者住所）	〒　－
事業所名称	
事業主氏名（届出者氏名）	
電話	（　局）　番

社会保険労務士の提出代行者