

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 生年月日訂正届
被扶養者

被保険者	記号		番号		申請日	令和	年	月	日
	氏名				勤務先 (工場名)				

該当者	氏名			続柄		申請理由			
	生年月日 (訂正前)			生年月日 (訂正後)		保険証 添付	備考		
	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	有・無

※ 該当者の資格確認書を添付してください。
※ 「高齢受給者証」「特定疾病受領証」「限度額適用認定証」を交付されている場合は、その証も添付してください。
なお、引き続き「限度額適用認定証」が必要な場合は、別途申請を行ってください。

事業主記入欄	事業主 確認事項	この届出について、下記事項の確認を行いました ☐ 記載内容に誤りが無い事を被保険者(本人)に 確認しています。	
	提出日	令和 年 月 日	
	事業所 所在地		
	事業所 名称		
	事業主 氏名		
	電話番号		

健保受付印