

常務理事	部長	課長	係長	係

令和 年 月 日提出

健康保険 被保険者生年月日訂正届

① 事業所記号	② 被保険者番号	③ 被保険者氏名		④ 性別
				1.男 2.女
⑤ 生 年 月 日 (訂 正 前)	⑥ 生 年 月 日 (訂 正 後)	⑦ 資格確認書 発行要否	⑧ 備考	
昭. 5 年 月 日 平. 7	昭. 5 年 月 日 平. 7	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※裏面2を確認		

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。  
 ※資格確認書の発行が必要な場合は、「健康保険資格確認書交付申請書」の添付が必要です。  
 (資格確認書発行の要件は裏面を確認してください。)

受付年月日

事業所所在地	届書記入の内容に誤りがないことを確認しました。
事業所名称	〒 ー
事業主氏名	
電 話	( 局 ) 番

社会保険労務士記載欄
氏名等

### 【記入の方法】

1. 年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

昭.	5		年		月		日
平.	7	3	2	0	2	0	7

のように記入してください。

2. ⑦の資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行が必要」にチェックを入れてください。

※以下に該当する場合に限ります。

マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者

マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者