

届書コード	処理区分
U 0 1	0 2

健康保険 被保険者 生年月日訂正届 被扶養者

常務理事	担当	担当	担当

健康保険被保険者証 記号・番号	記号		番号		被保険者氏名	印
訂正する人の氏名		続柄	訂正後の生年月日		訂正前の生年月日	
			年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	

健康保険被保険者証を添えて、事業所を経由して提出してください。

事業所所在地 名称	〒 ☎
事業主の氏名 電話	

受付日付印