

理事長	事務長	担当者

## 健康保険 被保険者・被扶養者生年月日変更(訂正)届

被保険者 記号・番号	1 0 1 1 2 5 6 8	変更前の 生年月日	昭和 平成 令和	50 年 10 月 30 日	性別	1. 男 2. 女
氏名		変更後の生年月日			作成原因	資格確認書 発行要否
健保 太郎		昭和 平成 令和	50 年 10 月 3 日	記載ミス	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
備考						

令和 6 年 12 月 10 日 提出

受付日付印

事業所所在地 〒 999 - 9999
事業所名称 ○○△△ 株式会社
事業主氏名 ○○田 ○○夫