

届書コード	届書
2 0 9	

健康保険 被保険者生年月日訂正届(処理票)
厚生年金保険

◎「※」印欄は記入しないでください。
◎健康保険組合への届出は、被保険者証を添付してください。
◎⑦は、被保険者が坑内員以外の男子は「1」、女子は「2」、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子は「5」、女子は「6」を○印で囲んでください。
◎健康保険組合への届出は、被保険者証を添付してください。

① 被保険者証記号 事業所整理記号	② 被保険者(整理)番号	③ 年金手帳の基礎年金番号		④ 訂正前の生年月日		⑦ 種別 (性別)	送信
				昭. 5 平. 7 令. 9	年 月 日	1. 2. 5. 3. 6. 4. 7.	
④ 被保険者の氏名		⑤ 生年月日 (訂正後)		⑦ 備考		送信	
(氏)		(名)		昭. 5 平. 7 令. 9			

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		Ⓜ
電話番号	(局)	番

社会保険労務士の提出代行者印	Ⓜ
----------------	---

受付日付印