

提出期限: すみやかに
青字は事業主、赤字は本人が記入してください

被保険者証または資格確認書を必ず添付して提出してください
記号・番号は、被保険者証または資格確認証の番号です

常務理事	事務長	担当者

健康保険 { 被保険者
被扶養者 } 生年月日訂正届

※該当するものに○印を付けてください。

受付印

令和 5 年 4 月 1 日提出

健康保険 事業所番号	888
〒	112 - ****
事業所在地	東京都文京区小石川〇〇-××-△
事業所名称	インド洋海運株式会社
事業主 氏名	代表取締役社長 太海 太郎
電話番号	03 (****) ****

担当者
尾瀬 沼

社会保険労務士記載欄(氏名等)

下記の申請について事実と相違ないことを証明します。

① 記号	888	② 番号	88888	※ 訂正のある被保険者証または資格確認書を必ず添付してください。
③ (フカナ)	タイ	マリ	〒 045 - ****	※ 続柄は、戸籍と同じように記入してください。(例)長男・長女
被保険者 氏名	太平	真里菜	被保険者 住所	神奈川県横浜市〇〇区××
所(会社名)	インド洋開運株式会社	部署	経理部	TEL 03-****-**** 内線
				被保険者 TEL 045-****-****

生年月日訂正の対象者	氏名		(訂正後)生年月日			(訂正前)生年月日			性別	被保険者証または資格確認書の添付(健保使用欄)	交付年月日(健保使用欄)				
	(フカナ)	(名)	年	月	日	年	月	日			年	月	日		
生年月日訂正の対象者	(フカナ)	タイ	①	昭和 平成 令和	5 3 1	②	昭和 平成 令和	5 3 2	1.男	有					
	(氏)	マリ							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				2.女	無
	(フカナ)	マリ							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	(氏)	マリ							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	(フカナ)								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	(氏)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	(氏)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	(氏)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	(氏)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

- 記号・番号は、被保険者証または資格確認書の記号・番号です。
- こちらに正しい生年月日を記入してください。
- こちらに誤って申請した生年月日を記入してください。