

健康保険被保険者・被扶養者 生年月日訂正届

常務理事	事務長	担当者

受付印

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	

大阪線材製品健康保険組合理事長

社会保険労務士記載欄
氏名等

☆フリガナは必ずご記入ください
 ☆続柄は子と記入しないで正式な続柄を記入してください
 ☆保険証・資格確認書返納不能などの場合は返納不能届を提出してください

被保険者の	記号	番号	生年月日(正)	昭和 平成	年	月	日	性別	男	女
	(フリガナ)		取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	備考		
被保険者氏名			住所	〒						

生年月日訂正される方	(フリガナ)	性別	男	女	続柄	回収	区分	添付 返不能 滅失
	生年月日(正)		生年月日(誤)			訂正理由		
	昭和 平成 令和	年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日				

生年月日訂正される方	(フリガナ)	性別	男	女	続柄	回収	区分	添付 返不能 滅失
	生年月日(正)		生年月日(誤)			訂正理由		
	昭和 平成 令和	年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日				

生年月日訂正される方	(フリガナ)	性別	男	女	続柄	回収	区分	添付 返不能 滅失
	生年月日(正)		生年月日(誤)			訂正理由		
	昭和 平成 令和	年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日				