

様式コード			
2	2	0	9
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 厚生年金保険

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係員

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号(または基礎年金番号)	④ 訂正前の生年月日	⑦ 種別(性別)	送信
※			昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9	1. 5. 2. 6. 3. 7.	
⑧ 被保険者の氏名		⑤ 生年月日(訂正後)	⑥※ 作成原因	⑦※ 健康保険被保険者証の作成	
		昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9	要 0 不要 1	備考	

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印