

## 健康保險組合被保險者生年月日訂正届

		課 長	係 長	係 員

◎資格確認書をお持ちの方は添付して提出してください。

① 健康保険 被保険者記号		② 健康保険 被保険者番号		㊦ 被 保 険 者 の 氏 名			
				(氏)		(名)	
③ 訂 正 前 の 生 年 月 日				④ 生 年 月 日 (訂 正 後)		資格確認書の発行要否	
昭. 5	年	月	日	昭. 5	年	月	日
平. 7				平. 7			
<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/>発行が必要  (該当する場合は、<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。) </div>							

令和 年 月 日提出

.....  
 受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	(	) —

社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 印

**愛鉄連健康保険組合理事長 殿**

※ 在職者以外の方は個人名で届け出てください。  
発行要件に当てはまらない場合は、資格確認書は発行されませ

(令和7年12月 改)