

健康保険組合被保険者生年月日訂正届

		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	⑦ 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 平. 7	年	月	日	昭. 5 平. 7	年	月	日	□発行が必要 (該当する場合は、☑を入れてください。)

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でください。
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)