

健康保険組合被保険者生年月日訂正届

		課 長	係 長	係 員

◎この届には必ず健康保険被保険者証・資格確認書を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		年		月		日		昭. 5		年		月		日		□発行が必要 (該当する場合は、☑を入れてください。)					
平. 7								平. 7													

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。
マイナ保険証をお持ちの方は原則資格確認書は必要ありません。

(令和6年12月 改)