

届出コード	届書
2 0 9	

決裁日付印	常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険被保険者生年月日訂正届(処理票)

①健康保険被保険者証の記号		②健康保険被保険者証の番号		③年金手帳の基礎年金番号		④訂正前の生年月日		送	
						年 月 日			
						明 1 大 3 昭 5 平 7			
ア 種別 (性別)	イ 被保険者の氏名			⑤訂正後の生年月日			⑥健康保険被保険者証の作成	送	備考
1 2 5 3 6 4 7	(フリガナ) (氏)			明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7			※ 不要 0 要 1		

平成 年 月 日 提出

受付年月日

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		印
電話	( 局 )	番

社会保険労務士の提出代行者印		印
----------------	--	---

届出コード	届書
2 0 9	

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担当者

厚生年金保険 被保険者生年月日訂正届(処理票)

◎「※」印欄は記入しないでください。

(事業所整理記号)		(被保険者整理番号)		③ 年金手帳の基礎年金番号		④ 訂正前の生年月日		送
						年 月 日		
※						明 1 大 3 昭 5 平 7		
ア 種 別 (性別)	イ 被 保 険 者 の 氏 名	⑤ 訂 正 後 の 生 年 月 日		⑥ 健康保険 被保険者 証の作成		送	備 考	
1 2 5 3 6 4 7	(フリガナ) (氏)	(名)		明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7		※ 不要 0 要 1		

平成 年 月 日 提出

受付年月日

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		印
電 話	( 局 )	番

社会保険労務 士の提出代行 者印		印
------------------------	--	---

