

健康保険

被保険者生年月日訂正届

常務理事	事務長	主任	担当者

① 被保険者証記号 - 番号		② 被保険者氏名		
-				
③ 生年月日 (訂正後)		④ 生年月日 (訂正前)		⑤健康保険証添付
昭. 5	年	月	日	有 ・ 無
平. 7	—	—	—	※ 健保確認欄
令. 9	—	—	—	証 枚返納済
				⑥ 備 考

静岡県中部機械工業健康保険組合

◎健康保険証(限度額適用認定証等)を必ず添付してください。
◎「※」欄は記入しないでください。

令和 年 月 日 提出

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

受付印