

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

健康保険 被保険者性別・生年月日訂正届

被保険者等		氏 名				備考
記号	番号					
						◎資格確認書を発行している方は、資格確認書を添付してください。 ◎マイナ保険証を保有されている方は、マイナポータルにアクセスし、訂正後の資格情報を確認してください。
性別 (訂正前)	性別 (訂正後)	生年月日 (訂正前)	生年月日 (訂正後)	備考		
男・女	男・女	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日			

令和 年 月 日 提出

受付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主(代表者)	
電 話	(局) 番

社会保険労務士記載欄
氏名等