

東京都報道事業健康保険組合(2025.12)

# 記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号は下図を参考にご記入ください。

事業所記号	1	6	2
-------	---	---	---

届書の題名について : 該当する区分「☐被保険者または☐被扶養者」にチェックを入れてください。  
訂正する事柄(生年月日または性別)を○で囲んでください。

①被保険者番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者番号を必ず記入ください。

②被保険者氏名 : 資格取得時に手続きした氏名を記入ください。

③被保険者生年月日 : 該当する年号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

昭和 平成 令和	6	3	0	5	0	3
	年		月		日	

④被保険者性別 : 資格取得時に手続きした性別を○で囲んでください。

⑤対象者氏名 : 訂正する対象者の氏名をご記入ください。なお、対象者が被保険者の場合「同上」とご記入ください。

⑥対象者性別 : 訂正する対象者の性別をご記入ください。なお、対象者が被保険者の場合ご記入は不要です。

⑦対象者生年月日 : 該当する年号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。なお、対象者が被保険者の場合ご記入は不要です。

昭和 平成 令和	0	1	0	3	0	4
	年		月		日	

⑨対象者生年月日 : 生年月日訂正の場合は、訂正後の生年月日をご記入ください。

⑩対象者性別 : 性別訂正の場合は、訂正後の性別を○で囲んでください。

※⑨⑩は、該当する訂正内容の項目のみご記入ください。

⑪資格確認書発行 : 資格確認書の発行が必要な場合(※)は「☐発行が必要」にチェックを入れてください。

要 否 : ※以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者