

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険 被保険者
 被扶養者 生年月日／性別 訂正届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 事業所記号			受付日付印	
	事業所所在地	〒 -			
	事業所名稱				
	事業主氏名				
	電話番号	()			
社会保険労務士記載欄					
氏名等					

被保険者情報	① 被保険者番号				② 氏名	(フリガナ) (氏)				
	③ 生年月日	昭和	年	月	日	④ 性別	男・女	※訂正対象者が被保険者の場合は⑤対象者氏名欄に同上と記入してください。 被扶養者の場合は、⑤～⑧をご記入ください。		
対象者情報 (訂正前)	⑤ 対象者氏名	(フリガナ) (氏)			(名)			⑥ 性別	男・女	
	⑦ 生年月日	昭和	年	月	日	⑧ 備考				

※該当する訂正内容の項目のみ記入してください。

訂正後	⑨ 対象者 生年月日	昭和	年	月	日	⑩ 対象者 性別	男・女	⑪ 資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	※必ず裏面をご確認ください								

【注意事項】

資格確認書を交付されている方は、お手元にある資格確認書を必ず添付してください。

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	年	月	日
平成	6	3	0
令和	5	0	3

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	年	月	日
平成	0	1	0
令和	3	0	4

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