

届書コード
2 0 9
届書

健康保険 被保険者生年月日訂正届
厚生年金保険

--	--	--

正

◎「※」印欄は記入しないでください。

① 事業所の整理記号	② 被保険者の整理番号	③ 基礎年金番号	④ 訂正前の生年月日	ア 種別(性別)	送信
※ 1 2 3	4 5 6 7	2 1 1 7 0 6 8 2 2 4	明1・大3・昭5・平7 年 月 日 50 05 07	① 2. 5. 3. 6. 4. 7.	
イ 被保険者の氏名		⑤ 生年月日(訂正後)	ウ 備考	⑥※ 健康保険被保険者証の作成	送信
(氏) 健保	(名) 太郎	明1・大3・昭5・平7 年 月 日 50 05 01	誤記入のため	不要0 ・ 要 1	

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒243-0061 鎌倉市〇〇3-1
事業所名称	〇〇株式会社
事業主氏名	代表取締役 鎌倉一郎
電話	046(735局)〇1〇6番



社労士の提出代行者印

会員番号			
------	--	--	--