記 入 例

健 康 保 険　被保険者 被扶養者　生年月日訂正届（処理票）

常務理事	事務長	係

◎記入方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

① 被保険者等記号	② 被保険者等番号	③ マイナンバー（１２桁）	④ 訂正前の生年月日
11	2345		明．1 大．2 昭．5 平．7 令．9　年 ○　月 ○　日 ○

⑤ 対象者の氏名		⑥ 生年月日（訂正後）	⑦ 備考
（氏）	（名）		
大日	陽子	明．1 大．2 昭．5 平．7 令．9　年 ○　月 ○　日 ○	

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日　提出

事業所所在地	〒 000 ― 0000 東京都○○区○○1-1-1
事業所名称	○○株式会社
事業主氏名	○○ ○○
電話	00 （ 0000 局 ） 0000 番

こちらの欄は事業所担当者記入欄です。
被保険者の方は記入せず空欄のまま、
事業所担当者へ提出してください。

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付日付印