

届書コード  
2 0 9 届書

常務理事	部長	課長	係長	担当者

## 健康保険 被保険者生年月日訂正届(処理票)

◎◎記入方法は記入例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 事業所整理記号		② 被保険者整理番号		③ 年金手帳の基礎年金番号		④ 訂正前の生年月日		⑦ 種別(性別)		送信
健				健保分は入力不要です。 厚生年金分のみ必要に応じて記載してください。		昭5	年	月	日	
厚						平7				女2
⑥ 被保険者の氏名				⑤ 生年月日(訂正後)		⑦ 作成原因	⑥※ 健康保険被保険者証不要	⑧ 備考		
(氏)		(名)		昭5	年	月	日	要0 不要1	送信	
				平7						

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	( 局 )	番

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

届書コード	届書
2 0 9	

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

厚生年金保険 被保険者生年月日訂正届(処理票)

◎◎記入方法は記入例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 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 年金手帳の基礎年金番号		④ 訂正前の生年月日		⑦ 種別 (性別)	送信
※				昭5 平7	年 月 日	男 1 女 2	
⑥ 被 保 険 者 の 氏 名		⑤ 生 年 月 日 (訂 正 後)		⑦ 作成 原因	⑥※ 健康保険 被保険者 証不要	⑧ 備 考	
(氏)		(名)		昭5 平7	年 月 日	要 0 不要 1	送信

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	( 局 )	番

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印