

常務理事	事務長			担当者	※ 健 保 欄	※受付日	令和	年	月	日
						※交付日	令和	年	月	日

健康保険（被保険者・被扶養者）生年月日訂正届

記入例

被保険者等 記号・番号	記号	100	番号	XXXX	資格取得年月日	S・H・R 8 年 4 月 1 日				
被保険者 氏 名 (本人)	(フリガナ)	ケンポ タロウ 健保 太郎			性 別	男 ・ 女	生年 月 日	S・H・R 50 年 5 月 10 日 生		
対 象 者	氏 名				性別	生年月日				
被保険者 (本人)	(フリガナ)	ケンポ コウタ 健保 康太		男 ・ 女	訂正前	S・H・R 元 年 9 月 6 日				
					訂正後	S・H・R 元 年 9 月 16 日				
被扶養者 (家族)	(フリガナ)			男 ・ 女	訂正前	S・H・R 年 月 日				
					訂正後	S・H・R 年 月 日				
被扶養者 (家族)	(フリガナ)			男 ・ 女	訂正前	S・H・R 年 月 日				
					訂正後	S・H・R 年 月 日				
被扶養者 (家族)	(フリガナ)			男 ・ 女	訂正前	S・H・R 年 月 日				
					訂正後	S・H・R 年 月 日				
被扶養者 (家族)	(フリガナ)			男 ・ 女	訂正前	S・H・R 年 月 日				
					訂正後	S・H・R 年 月 日				
訂 正 理 由 (必ず記入してください)		被保険者の届出誤りのため								
被保険者証等を添付のうえ、上記のとおりお届けします。 令和 元 年 9 月 1 日 ダスキン健康保険組合 殿 被保険者本人(自署)の住所と氏名をご記入ください。 住 所 ○○県○○市○○-○○-○ 氏 名 健保 太郎										

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。
※ 所属事業所は、被保険者証等に記載されております。

事 業 主 の 証 明	上記の申請について相違ないことを証明します。
事 業 所 所 在 地	〒 000-0000 ○○県○○市○○-○-○
事 業 所 名 称	(株) ●●●●●●●●
事 業 主 氏 名	江坂 一郎
電 話 番 号	00-0000-0000