

様式コード			
2	2	0	9
届書コード			
2	0	9	

健康保険
厚生年金保険

被保険者生年月日訂正届(処理票)

事務センター 所長	副事務センター 副所長	グループ 課長	担当者

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号 (または基礎年金番号)				④ 訂正前の生年月日	⑤ 種別 (性別)
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 5 7 9 明. 大. 昭. 平. 令. </div>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1. 2. 5. 3. 6. 4. 7. </div>	送信
④ 被保険者の氏名		⑦ 作成原因		⑥※ 健康保険被保険者証不要		考	
(氏)	(名)	生年月日 (訂正後)		要 0 不要 1		備	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 5 7 9 明. 大. 昭. 平. 令. </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 </div>			

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。		
事業所名称	〒		
事業所主氏名	番		
電話番号	(局)	番	

社会保険労務士記載欄	氏名等	印

受付日付印

◎ 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。