

常務理事	事務長	係	

**健康保険 被保険者 生年月日訂正届**  
**被扶養者**

事業所の名称			所 属		
健康保険証の記号			健康保険証の番号		
訂正を要する者の	氏名			続柄	
訂正前の生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	訂正後の生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		

令和 年 月 日 提出

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<p>当該届の次の事項について確認しました。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人番号を含め上記の記載内容に誤りがないこと。</li> <li>・申請者（被保険者）本人が作成した、または記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したこと。</li> </ul>
所在地	
事業所	
名 称	
事業主氏名	

※株式会社カネカ所属の方は、直接健康保険組合（株式会社カネカ 大阪本社内）へ、関係会社所属の方は、事業所健康保険担当部署（勤労担当部門）へ、健康保険被保険者証を添付して提出してください。

健康保険組合記入欄	令和 年 月 日 処理
-----------	-------------