

※マイナンバーカードの記載情報に変更がある場合は、先にマイ  
 ナンバーカードに関する変更手続きが完了してから健康保険組合へ  
 ご提出ください

常務理事	事務長	係	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		
健康保険の	(記号)		(番号)		
訂正を要する者の	氏名	(フリガナ)	続柄		
訂正前の	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
訂正後の	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
提出前の確認	※確認ができましたら□にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの生年月日変更手続きは実施済みです (マイナンバーカードの変更手続きを先に実施してから届出を提出してください)				

令和 年 月 日 提出

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

事業主欄	所在地	<input type="checkbox"/> 当該届の次の事項について確認しました。 ・個人番号を含め上記の記載内容に誤りがないこと ・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。
	事業所名	
	事業主名	

※申請書はメール添付不可です。原紙をご提出ください。

【提出先】

- ① 株式会社カネカ在籍の方・任意継続被保険者⇒健康保険組合へ
- ② ①以外の方⇒お勤め先の健康保険担当部署

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