

様式コード			
2	2	0	9
届書コード			届書
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)

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

「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。」

事業所整理記号	被保険者整理番号	個人番号(または基礎年金番号)	訂正前の生年月日	種別(性別)	送信
			昭.5 年 月 日 平.7 令.9	1. 男 2. 女	
被保険者の氏名		生年月日(訂正後)	作成原因	健康保険被保険者証不要	備考
(氏)	(名)	昭.5 年 月 日 平.7 令.9		要 0 不要 1	

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			
事業主氏名			
電話	(局)	番	

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付日付印

【記入の方法】

1. は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。
2. の年号は、該当する文字を 印で囲んでください。生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

明	1	年	月	日						
大	3									
昭	5	3	2	0	2	0	7			
平	7									

のように記入してください。

3. は、被保険者が坑内員以外の男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を、を 印で囲んでください。
4. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。