

常務理事	事務長	課長	係長	係

## 健康保険 被扶養者生年月日訂正届

被保険者の 記号と番号	(記号)	被保険者氏名	被保険者生年月日				被保険者の勤務する事業所の名称			
	(番号)		昭和 平成 令和 年 月 日							
被扶養者の氏名		続柄	訂正後の生年月日				訂正前の生年月日			
(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日
(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日
(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日
(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日

※必ず訂正する方の被保険者証を添付してください。  
 ※事業主を経由して健康保険組合へ提出してください。  
 ※続柄は「長男」や「三女」等、具体的にご記入ください。

印刷製本包装機械健康保険組合

年 月 日 提出

受付日付印