常務理事	事務長		係

健康保険
厚生年金保険

被保険者生年月日訂正届

① 被保険者等記号	② 被保険者等番号	③ 年金手帳の基礎年金番号	④ 訂正前の生年月日	㋐ 種別（性別） 送信
1000	1234		昭 5 / 平 7 / 令 9　年 0 5　月 0 9　日 1 5	1. 2. 5. 3. 6. 4. 7.

男:1
女:2

㋑ 被保険者の氏名		⑤ 生年月日（訂正後）	⑥ 作成原因 送信	㋒ 備考
（氏）宝	（名）松子	昭 5 / 平 7 / 令 9　年 0 7　月 0 9　日 1 5		

令和 1 年 5 月 10 日　提出

事業所所在地	〒　－
事業所名称	記入不要です
事業主氏名	㊞
電話	（　局）　番

社会保険労務士記載欄	
	㊞

受付日付印