

様式コード			
2	2	0	7
届書コード			届書
2	0	7	

## 健康保険 被保険者氏名変更（訂正）届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

◎「※」印欄は記入しないでください。

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号（または基礎年金番号）			④ 生 年 月 日	⑦ 性別	送信	
					昭. 5 平. 7 令. 9	男・女		
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(氏)	(名)	⑧ 変更前の氏名	(氏)	(名)	⑥ 健康保険被保険者証不要	送信	⑨ 理由
	(フリガナ)							

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	(            )

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等