

健康保険 個人番号訂正 [変更] 通知書

被保険者記入用

被保険者(申請者)情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	000	☐1 ☐101				
	氏名・印	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 -)			都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

個人番号の再通知が必要な方	氏名	生年月日	性別	個人番号	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女	(前)
					(後)
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女	(前)
					(後)
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女	(前)
					(後)
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女	(前)
					(後)
	記入上の注意	※ 訂正 [変更] 前の個人番号については『赤字』で記入すること			

1. 上記のとおり届け出済みの個人番号について訂正(変更)しましたので通知します。 令和 年 月 日

事業主欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から通知がありましたので照合のうえ届出いたします。	
	事業所名称	(〒 -)	
	事業主氏名		
	電話	()	・任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です。

備考	
----	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

受付日付印
