健康保険　被保険者 被扶養者　生年月日 性別　訂正届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

① 事業所整理記号			② 被保険者整理番号	③ 被保険者・被扶養者　氏名
厚生年金保険				フリガナ
健康保険				

※　訂正箇所のみご記入ください

	生年月日	性別（○で囲んでください）	⑤資格確認書発行要否
④ 訂正後	昭和 平成 令和　年　月　日	男　・　女	□ 発行が必要

	生年月日	性別（○で囲んでください）	㋑ 備考
㋐ 訂正前	昭和 平成 令和　年　月　日	男　・　女	

届書記入に誤りがないことを確認しました。
〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

令和　　年　　月　　日 提出

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付印

令和6年12月　改

東京中央卸売市場健康保険組合

様式コード			
2	2	0	9
届書コード			届書
2	0	9	

厚生年金保険

被保険者生年月日訂正届（処理票）

事務センター長 所　長	副事務センター長 副　所　長	グループ長 課　長	担当者

◎「※」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 訂正前の生年月日	㋐ 種別（性別）	送信
			昭. 5 平. 7 令. 9　年　月　日	1. 男 2. 女	

㋑ 被保険者の氏名		⑤ 生年月日（訂正後）	⑦ 作成原因	⑥※ 健康保険被保険者証不要	送信	㋒ 備考
（氏）	（名）	昭. 5 平. 7 令. 9　年　月　日		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