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	担　当　者

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

①被保険者の記号	②被保険者の番号	③ 個人番号(または基礎年金番号)	④ 生　年　月　日	㋐ 種 別 (性別)	送信
			昭. 5 平. 7 令. 9　年　月　日	1.(男性) 2.(女性)	

⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(氏)	(名)	㋑ 変更前の氏名	(氏)	(名)	送信	㋒ 備 考
	(フリガナ)						

年　　月　　日　提出

受付日付印

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

(R7.1)

社会保険労務士記載欄
氏名等