大阪瓦斯健康保険組合　理事長　殿

# 健康保険　被保険者・被扶養者　生年月日訂正届

申請日　　年　　月　　日

| 被保険者情報 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 記号(1か2) | 番号（06270748ではありません）(右づめ) | **記号番号が分からない場合**は個人番号（マイナンバー）を記入してください | |
| | | | | |
| 事業所番号 | 氏名 | （フリガナ） | 性別 | 備考 |
| | | | 男・女 | |

| 対象者欄 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 訂正者氏名 | （フリガナ） | | 続柄 | | |
| | 氏 | 名 | | | |
| 訂正前　生年月日 | | 訂正後　生年月日 | | | # |
| 令和　年　月　日 | | 令和　年　月　日 | | | |
| 訂正者氏名 | （フリガナ） | | 続柄 | | |
| | 氏 | 名 | | | |
| 訂正前　生年月日 | | 訂正後　生年月日 | | | # |
| 令和　年　月　日 | | 令和　年　月　日 | | | |
| 訂正者氏名 | （フリガナ） | | 続柄 | | |
| | 氏 | 名 | | | |
| 訂正前　生年月日 | | 訂正後　生年月日 | | | # |
| 令和　年　月　日 | | 令和　年　月　日 | | | |

| 事業主欄 | |
|---|---|
| 上記の届について事実と相違ないことを証明します。 | 年　月　日 |
| 事業所所在地 | |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話番号 | |

| 大阪瓦斯健康保険組合 |
|---|
| |

| 健保受付日付印 |
|---|
| |

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

2025.2