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			
□昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日		□昭和 □平成 □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			
□昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日		□昭和 □平成 □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			
□昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日		□昭和 □平成 □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。

2025.5