正	届書コード
	２０９

常務理事	事務長	課　長	係　長	係

健康保険　被保険者生年月日訂正届

◎「※」印欄は記入しないでください。

事業所記号							被保険者番号	被保険者の氏名		種別（性別）	備考
厚年分								（フリガナ）		男 1 女 2	
健保分	※							（氏）	（名）		

訂正後の生年月日							訂正前の生年月日							健康保険被保険者証の作成
昭和 5 平成 7 令和 9	年		月		日		昭和 5 平成 7 令和 9	年		月		日		※ 不要　0 ・ 要　1（　枚）

東京都金属プレス工業健康保険組合

令和　　年　　月　　日提出　　受付日付印

事業所所在地　〒　　－
事業所名称
事業主氏名　　印
電話番号（　　）　　－

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

(元.5)

副

健康保険　被保険者生年月日訂正通知書

事業所記号		被保険者番号	被保険者の氏名		種別（性別）	備考
厚年分			（フリガナ）		男 1 女 2	
健保分	※		（氏）	（名）		

訂正後の生年月日	訂正前の生年月日	健康保険被保険者証の作成
昭和 5 平成 7 令和 9　　年　　月　　日	昭和 5 平成 7 令和 9　　年　　月　　日	※ 不要　0 ・ 要　1　(　枚)

東京都金属プレス工業健康保険組合

提出された被保険者生年月日訂正届にもとづき、うえのとおり確認されましたので通知します。

令和　　年　　月　　日提出分

事業所所在地　〒　　－

事業所名称

事業主氏名　　殿

電話番号（　　）　　－

東京都金属プレス工業健康保険組合理事長