

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
厚生年金保険

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係員

◎ ※印欄は記入しないでください。

① 健康保険被保険者の記号		② 健康保険被保険者の番号		③ 個人番号(または基礎年金番号)				④ 生年月日			送信	
※								昭. 5	年	月		日
								平. 7				
								令. 9				送信
⑤ 被保険者の氏名(変更後)		(フリガナ)		⑦ 変更前の氏名		(フリガナ)		① 備考				
(氏) (名)				(氏) (名)								

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	
電話番号	

受付日付印

社会保険労務士記載欄

【記入方法】

1. ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。
2. ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。
3. ⑤㊦の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。
4. ①は、被保険者整理番号又は基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入してください。