常務理事	事務長	課　長	担　当

健康保険 被保険者 被扶養者 生年月日訂正届

健康保険証の		被保険者の氏名
記号	番号	

（対象者が被保険者以外の場合）対象者の氏名	訂正前の生年月日	訂正後の生年月日	備考
	昭和 平成 令和　年　月　日	昭和 平成 令和　年　月　日	

資格確認書発行要否	□発行が必要	（発行理由）

事業所所在地	〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

・旧健康保険証(資格確認書)を添付の上ご提出ください。
なお、資格確認書が到着した後に旧健康保険証(資格確認書)の返却を希望する場合は、**「備考欄」**に**「旧証(確認書)は後日返却」**と記入してください。

受付印

埼玉県建設業健康保険組合