

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

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

事業所整理記号および被保険者整理番号を必ず記入してください。

マイナンバーカードや基礎年金番号通知書等を確認し、必ず記入してください。

※裏面の記入方法をご参照のうえ、記入してください。
※「※」印欄は記入しないでください。

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号(または基礎年金番号)	④ 生 年 月 日	種 別 (性別)	送 信
※ 00 ケイト	16	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	昭和. 5 年 月 日 平成. 7 6 3 1 2 1 0 令和. 9	1. 2. 3. 5. 6. 7.	送 信
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(フリガナ) コウネン ヨウコ (氏) 厚年 陽子	① 変更前の氏名 (氏) 健保 陽子	(名)	⑥ 健康保険被 保険者証不要 ※ 要 0 不要 1	送 信

令和 元 年 7 月 10 日 提出

受付日付印

事業主が被保険者からの申し出を受け、年金事務所や事務センターへ提出した日を記入してください。

種別(性別)の記入は不要です。

事業所所在地等、事業所情報を記入してください。

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。 〒 168 - 8500 東京都杉並区高井戸3-2-1
事業所名称	株式会社 健保産業
事業主氏名	代表取締役社長 健保 良一
電 話	03 (5432) 6789

社会保険労務士記載欄
氏名等