

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

◎ 「※」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	⑦ 種 別 (性別)	送 信		
			明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7 令. 9	1. 2. 5. 3. 6. 7.			
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(氏) (フリガナ)	(名)	⑧ 変更前の氏名	(氏)	(名)	⑥健康保険被 保険者証不要 送 信 ※ 要 0 不要 1	⑨ 備 考

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	⑩
電 話	( 局) 番

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等