

①被保険者証の記号

2312

極秘

健康保険 被保険者資格取得届

(健康保険に入るとき)

訂正届

表題の上に「訂正届」と赤字で記入してください。

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。

② 被保険者証の番号	③ フリガナ 被保険者の氏名		④ 性別	⑤ 生年月日			⑥ 資格取得年月日	⑦ 報酬月額	⑧ 標準報酬月額		⑨ 被扶養者の有無	⑩ 被保険者区分		
	⑪ 通貨によるものの額	⑫ 現物によるものの額		⑬ 合計	⑭ 円	⑮ 千円								
32	ケンポ 健保	ハナコ 華花子	男	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 平成 年 月 日	2020.06.01	312,560 33,040 345,600	円	円	円	千円	無 有	1. 一般 2. 特定適用事業所の短時間労働者(3/4未満)
⑩個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	備考	
			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 平成 年 月 日		円 円 円			無 有		1. 一般 2. 特定適用事業所の短時間労働者(3/4未満)	
⑩個人番号													備考	
			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 平成 年 月 日		円 円 円			無 有		1. 一般 2. 特定適用事業所の短時間労働者(3/4未満)	
⑩個人番号													備考	
			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 平成 年 月 日		円 円 円	千円		無 有		1. 一般 2. 特定適用事業所の短時間労働者(3/4未満)	
⑩個人番号													備考	

個人番号(マイナンバー)の訂正以外は記入をしないでください。

正しい事項を黒字で、誤りを赤字で記載してください。

※必ず被保険者証を添付してください。

事業所所在地 〒000-0000 横浜市00区00町

事業所名称 00病院

事業主氏名 00 00

電話 000(000)0000



年 月 日 提出

受付年月日

社会保険労務士記載欄

印