

事業所番号を  
ご記入ください。

加入員番号を  
ご記入ください。

ご注意

用紙は複写式になっておりますので、強く、ずれない  
ようにご記入ください。

被保険者整理番号を  
ご記入ください。

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	部	長	課	長	係 (入力処理)	証

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。  
※欄は記入しないでください。

① 健康保険被保険者証の記号 厚生年金保険の整理記号	厚生年金基金 事業所番号	101184	厚生年金基金 加入員番号	4444444444	(健康保険)	
② 健康保険被保険者証の番号	③ 年金手帳の基礎年金番号	180	④ 生年月日	種別 (性別)	送信	
東	50	1234098765	昭5 630408	1. 2. 3. 4.		
※ WPX	キキン	サチコ	⑤ 変更前の氏名	⑥ 健康保険被保険者証の作成	備考	
被保険者の氏名 (変更後)	(氏) 基金	(名) 幸子	厚年 幸子	※不要0 要1	送信	

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒540-0037
事業所名称	大阪市中央区平野町3-2-5
事業主氏名	大阪薬業厚生年金基金
電 話	理事長 薬業 一郎
	06 (6945局) 1021 番

(退職後に提出される場合は、届出者の住所、氏名を記入し、押印してください。)



変更後のお名前・フリガナをご記入ください。

事業主印を押印してください。ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。

社会保険労務士 氏名	
---------------	--