

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 厚生年金保険 被保険者生年月日訂正届 (処理票)

常務理事	部長	課長	係長	名台記入	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	厚生年金番号	厚生年金加入員番号	(健康保険)		
180	101184	4444444444				
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		④訂正前の生年月日		⑦種別(性別)	送信
東 WPX 50	1234098765		明1大3年 月 日 昭5 630408 平7		1. 5 2. 6 3. 6 4. 7	
①被保険者の氏名		⑤生年月日(訂正後)		⑥健康保険被保険者証の作成		送信
(氏) 基金	(名) 幸子	明1大3年 月 日 昭5 630418 平7		不要0 要1		

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒540-0037
事業所名称	大阪市中央区内平野町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。)

社会保険労務士 氏名	⑧

訂正後の生年月日をご記入ください。

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。

事業主印