

被保険者

生 年 月 日 訂 正 届

被扶養者

常務理事	部 長	担 当 者
処理 令和 年 月 日		

事業所 担当者	
------------	--

被 保 険 者 記 号 番 号	—		
被 保 険 者 氏 名			
事 業 所 名 称			
生年月日訂正する者の氏名		続柄	
生年月日	訂 正 前	昭・平・令	年 月 日
	訂 正 後	昭・平・令	年 月 日
訂 正 事 由			

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日

住所 〒

被保険者

氏名

㊞

上記について相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

事業所

名 称

事業主

氏 名

㊞

電線工業健康保険組合 御中