

処 理	年 月 日	
常 務 理 事	事 務 局 長	担 当

被保険者
被扶養者 氏名・生年月日 訂正届

記号・番号	—	被保険者名	
対象者の続柄		対象者名	

訂 正 前			
フリガナ		生年月日	昭・平・令
氏 名			年 月 日
訂 正 後			
フリガナ		生年月日	昭・平・令
氏 名			年 月 日
訂正の理由			

上記のとおり訂正がありましたのでお届けいたします。

年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

⑩

東北しんきん健康保険組合 理事長 殿

※この届書に訂正対象者の健康保険証を添付してください。