

様式コード			
2	2	0	7
届書コード			届書
2	0	7	

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

健康保険 被保険者氏名変更（訂正）届
厚生年金保険

◎※印欄は記入しないでください。

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号(または基礎年金番号)	④ 生 年 月 日	⑦ 種 別 (性 別)	送 信	
01	11	0555055210	明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 4 7 0 6 0 5 平. 7 令. 9	① 2. 5. 3. 6. 7.		
※	いろは					
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(氏) 上原 進一 (フリガナ) ウエハラ シンイチ	⑧ 変更前の氏名	(氏) 上原 進一	⑥健康保険被 保険者証不要	送 信	⑦ 備 考
				※ 要 0 不要 1		

令和 01年 05月 01日 提出

受付日付印

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 163-0825 東京都新宿区西新宿 2-4 新宿MSビル 25F
事業所名称	サンプル株式会社〔給与項目(基本モード)〕 本社
事業主氏名	木村 俊彦 印
電 話	03 -5321-0000 番

社会保険労務士記載欄
氏名等
社労士太郎 印