事務長	部　長	課　長	係　長	係

正

健康保険　被　保　険　者　氏　名　変　更　届

◎　記入の方法をよくお読みください。
◎　「※」印欄は記入しないでください。

Ⓐ 健康保険記号	Ⓑ 健康保険番号	Ⓒ 基金事業所番号	Ⓓ 基金加入者番号

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号 基礎年金番号	④ 生年月日	㋐ 種別（性別）	備考（変更・訂正の理由等）
※			5.昭和 7.平成　年　月　日	送信	資格確認書証添付（有・無）

⑤ 変更後の氏名	（フリガナ）		変更前の氏名	（氏）	（名）	⑥ 資格確認書発行要否	送信
	（氏）	（名）				□ 発行が必要	

受付年月日

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

令和　　年　　月　　日

社会保険労務士の代行者名記載欄

基金

様式コード
2207
届書コード
207 届書

厚生年金保険

被保険者氏名変更（訂正）届

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号	③ 個人番号 基礎年金番号	④ 生年月日		⑦ 種別 (性別)		備考 (変更・訂正の理由等)
※				5.昭和 7.平成	年 月 日		送信	

⑤ 変更後の氏名	(フリガナ)		変更前の氏名	(氏)	(名)	送信
	(氏)	(名)				

受付年月日

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒

令和　　年　　月　　日

社会保険労務士の代行者名記載欄

正

企業年金基金　加入者氏名変更（訂正）届

決裁欄			

Ⓐ 健康保険記号	Ⓑ 健康保険番号	Ⓒ 基金事業所番号	Ⓓ 基金加入者番号

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号 基礎年金番号	④ 生年月日		㋐ 種別（性別）		備考（変更・訂正の理由等）
※			5.昭和 7.平成	年　月　日		送信	

⑤ 変更後の氏名	（フリガナ）		変更前の氏名	（氏）	（名）	送信
	（氏）	（名）				

受付年月日

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

令和　　年　　月　　日

社会保険労務士の代行者名記載欄

副

企業年金基金　加入者氏名変更（訂正）届

Ⓐ 健康保険記号	Ⓑ 健康保険番号	Ⓒ 基金事業所番号	Ⓓ 基金加入者番号

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号 基礎年金番号	④ 生年月日		㋐ 種別（性別）		備考（変更・訂正の理由等）
※			5.昭和 7.平成	年　月　日		送信	

⑤ 変更後の氏名	（フリガナ） （氏）	（名）	変更前の氏名	（氏）	（名）	送信

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	様
電話番号	

令和　　年　　月　　日　提出

東京薬業企業年金基金

【記入の方法】

1．【年金のみ】③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。
基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を記入してください。
【基金のみ】 基礎年金番号は必ず記入してください。

2．④の年号は、該当する文字を〇印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

	年	月	日
5.昭和 7.平成	32	02	07

のように記入してください。

3．㋐は、被保険者（加入者）が坑内員以外の男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を、坑内員であるときは「3」を〇印で囲んでください。ただし、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子であるときは、「5」を、女子であるときは「6」を、坑内員であるときは「7」を〇印で囲んでください。

4．⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

5．⑥の「資格確認書の発行要否」は資格確認書の発行が必要な場合(※)に「発行が必要」の□に✔を付してください。
※マイナンバーカードを取得していない者等に限ります。

5．㋒は、被保険者整理番号又は年金手帳の基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入してください。

6．本手続は電子申請による届出も可能です。
なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

※ 健保・基金は電子申請による届出が行えませんので、紙媒体による届出のみとなります。