

提出先: SBU\_G人総業務部 社会保険担当 (ELO)

Notification of Dependent(s) <Change/Correction of Name/Date of Birth>

Health insurance card symbol

健康保険 被扶養者(氏名・生年月日)変更・訂正届

Date of application (YY/MM/DD): 20/09/01

Health insurance card

令和 2 年 9 月 1 日 申請

Sex

Birth date (YY/MM/DD)

Place of work

Division

Insured person's name

※事業主が被保険者の届出意思を確認済のため本人押印省略可

太枠内を記入し、認印を押印してください。 ※一欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号		勤務地	被保険者氏名		性別	生年月日	※資格取得年月日
[記号]	〇〇〇〇	SWH	(フリガナ) ケンポ	太郎	男・女	[和暦] 〇〇年〇〇月〇〇日	年 月 日
[番号]	〇〇〇〇	所属部署	健康 太郎		健康		月 日 額
被保険者住所		Residence Same/Different	Sex	Birth date (YY/MM/DD)	Relationship	Date (YY/MM/DD) of and reason for change/correction of name/date of birth	
変更訂正	同居別居	変更・訂正する被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	氏名・生年月日を変更および訂正する日とその理由	
変更訂正(前)	同 別	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健康 花子	男 (女)	[和暦] 令和2年 8 月 11 日	長女	[和暦] 令和2年 8 月 21 日	
変更訂正(後)	同 別	Change/Correction (before) Change/Correction (after)	男 (女)	[和暦] 令和2年 8 月 21 日		理由 被扶養者異動届の生年月日の記入を誤って届出した為。 20/08/21	
変更訂正(前)	同 別	(フリガナ) 姓 名	男・女	Subject dependent's name		[和暦] 年 月 日	
変更訂正(後)	同 別	(フリガナ) 姓 名	男・女			理由	

(記入上の注意)

- 太枠内は必ず記入・捺印してください。
- ※ 健保処理欄は記入しないでください。
- 氏名にフリガナを必ず付してください。
- 対象となる被扶養者の氏名・生年月日など変更・訂正前は上段、変更訂正後は下段に記入ください。
- 変更・訂正の理由は具体的に記入してください。
- 続柄は子供の場合、子ではなく長男・長女等と記入してください。
- 変更・訂正の対象となる被扶養者の保険証を必ず添付してください。

※健保処理欄

常務理事	事務長	担当

※Applications submitted through employers do not require a personal seal