

提出先: SBU_G人総業務部 社会保険担当(大阪オフィス内)

健康保険 被扶養者(氏名・生年月日)変更・訂正届

年 月 日 申請

太枠内を記入し、認印を押印してください。
「※」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		印 (認印)	性別	生年月日	※ 資格取得年月日
[記号]			(フリガナ)		○	男・女	[和暦]	年 月 日
[番号]		所属部署					年 月 日	※ 標準報酬月額
被保険者住所 〒 -								
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) 姓	名	男・女	[和暦] 年 月 日		[和暦] 年 月 日	認定 . .
変更訂正(後)	同・別	(フリガナ) 姓	名	男・女	[和暦] 年 月 日	理由		消滅 . .
変更訂正(前)	同・別	(フリガナ) 姓	名	男・女	[和暦] 年 月 日		[和暦] 年 月 日	認定 . .
変更訂正(後)	同・別	(フリガナ) 姓	名	男・女	[和暦] 年 月 日	理由		消滅 . .

(記入上の注意)

1. 太枠内は必ず記入・捺印してください。
2. ※ 健保処理欄は記入しないでください。
3. 氏名にフリガナを必ず付してください。
4. 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。
5. 変更・訂正の理由は具体的に記入してください。
6. 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。
7. 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