

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

平成 28 年 2 月 1 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]	〇〇〇〇	SWH		(フリガナ)	ケンボ タロウ	健康	男・女	[和暦]	年 月 日					
[番号]	〇〇〇〇	所属部署			健保 太郎			S〇〇年〇〇月〇〇日	※ 標準報酬月額					
被保険者住所 〒 -									千円					
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		※ 認定・消滅年月日					
変更 訂正 (前)	同 別	(フリガナ) 姓	ケンボ ハナコ	名	花子	男 (女)	[和暦]	平成28年 1 月 11 日	長女	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。	認定	.	.
変更 訂正 (後)	同 別	(フリガナ) 姓		名		男 (女)	[和暦]	平成28年 1 月 21 日				認定	.	.
変更 訂正 (前)	同 別	(フリガナ) 姓		名		男・女	[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				認定	.	.

(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