

EXAMPLE

【健康保険の記号により提出先が異なります】  
 ■1601~2105の方:  
 [郵送の場合] 〒432-8021 静岡県浜松市中央区佐鳴台1-2-30 社会保険労務士法人ELO サントリー社会保険担当宛  
 [社内メールの場合] SBU G人総業務部 社会保険担当(ELO)宛  
 ■3001以上の方: 各社人事担当宛

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

Health insurance symbol

**健康保険 被扶養者(氏名・生年月日)変更・訂正届**

Health insurance number: ●●●● [記号] ●●●● [番号]

Place of work: SWH 勤務地

Division: ○○○部 所属部署

Gender: 男・女

Birth date (YY/MM/DD): 令和●●年●●月●●日 申請

Insured person's name: ケンポ タロウ (フリガナ) 健保

Residence Same/Different: 同居

Sex: 男・女

Birth date (YY/MM/DD): 令和6年12月11日

Relationship: 長女

Date (YY/MM/DD) of and reason for change/correction of name/date of birth: 25/01/21

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	ケンポ ハナコ (フリガナ) 姓 名	男・女	令和6年12月11日	長女	理由 生年月日の記入を誤って扶養申請した為。	認定 . . 消滅 . .
変更訂正(後)	同	姓 名	男・女	令和6年12月21日			認定 . . 消滅 . .
変更訂正(前)	同	姓 名	男・女	年 月 日			認定 . . 消滅 . .
変更訂正(後)	同	姓 名 (フリガナ)	男・女	年 月 日			認定 . . 消滅 . .

太枠内を記入してください。 ※「」欄は記入しないでください。

- (記入上の注意)
1. 太枠内は必ず記入してください。
  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、資格確認書をお持ちの方は必ず添付してください。

※健保処理欄

常務理事	事務長	担当