正　サントリー健康保険組合　御中　　［ 事業主証明 ］

【提出先】郵送の場合：〒432-8021　静岡県浜松市中央区佐鳴台１－２－30　遠藤労務管理事務所　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

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

健　康　保　険　　被扶養者（氏名・生年月日）変更・訂正届

Health insurance card symbol

Health insurance card number

Date of application (YY/MM/DD): 24/01/31

令和 6 年 1 月 31 日 申請

Place of work　Division　Insured person's name　Sex　Birth date (YY/MM/DD)

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] ○○○○	SWH	(フリガナ) ケンポ　タロウ			年　月　日
[番号] ○○○○	所属部署 ○○○部	健保　太郎	男・女	[和暦] S○○年○○月○○日	※標準報酬月額
被保険者住所 〒　－					千円

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	※認定・消滅年月日
変更訂正（前）	同・別	(フリガナ) 姓 ケンポ　名 ハナコ 健保　花子	男・女	[和暦] 令和 6年 1 月 11 日	長女	[和暦] 令和 6年 1 月 20 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。	認定　・　・ 消滅　・　・
変更訂正（後）	同・別	(フリガナ) 姓　名	男・女	[和暦] 令和 6年 1月 20 日			認定　・　・ 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 理由	認定　・　・ 消滅　・　・
変更訂正（後）	同・別	(フリガナ) 姓　名	男・女	[和暦] 年　月　日		理由	認定　・　・ 消滅　・　・

Change/Correction (before)　Change/Correction (after)　Subject dependent's name

24/01/20

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. **太線内**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

2024.1