

正

サントリー健康保険組合 御中

[ 事業主証明 ]

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

Date of application (YY/MM/DD)

Health insurance number

Place of work

【和暦】令和●●年●●月●●日 申請

Gender

Birth date (YY/MM/DD)

太枠内を記入してください。 ※「」欄は記入しないでください。

健康保険の 記号・番号 [記号] ●●●● [番号] ●●●●	勤務地 SWH 所属部署 〇〇〇部	被保険者氏名 (フリガナ) ケンポ ハナコ 健保	性別 男・女	生年月日 [和暦] 平成●●年●●月●●日	※資格取得年月日 年 月 日	
被保	Residence Same/Different	Division	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)	(フリガナ) ケンポ ハナコ 姓 名 花子	男・女	[和暦] 令和 6年 12月 11日	長女	[和暦] 令和 7年 1月 21日 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)	姓 名 Change/Correction (after)	男・女	[和暦] 令和 6年 12月 21日	Subject dependent's name		認定 . . 消滅 . .
変更訂正(前)	姓 名	男・女	年 月 日		[和暦] 年 月 日	認定 . . 消滅 . .
変更訂正(後)	(フリガナ) 姓 名	男・女	[和暦] 年 月 日		理由	認定 . . 消滅 . .

(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