

正

サントリー健康保険組合 御中

[事業主証明]

【保険証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 遠藤労務管理事務所 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

■3001～6001の方: 各社人事担当宛

健康保険 被扶養者(氏名・生年月日)変更・訂正届

【和暦】 年 月 日 申請

太枠内を記入してください。 ※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		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	
										千円
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		※認定・消滅年月日
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 . . 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 . .
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 . . 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 . .

(記入上の注意)

1. 太線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