

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

健康保険 被扶養者(氏名・生年月日)変更・訂正届

令和2年9月1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] ○○○○		SWH		(フリガナ) ケンポ タロウ		男・女	[和暦]	年 月 日
[番号] ○○○○		所属部署		健保 太郎			2000年00月00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	
変更 訂正 (前)	同 別	(フリガナ) ケンポ 姓 健保	名 ハナコ 花子	男 女	[和暦] 令和2年8月11日	長女	[和暦] 令和2年8月21日	
変更 訂正 (後)	同 別	(フリガナ) 姓	名	男 女	[和暦] 令和2年8月21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。	
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	
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 . .
								認定 . .
								消滅 . .

- (記入上の注意)
- 太線内は必ず記入・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