

被扶養者記載事項変更(訂正)届

届出日： 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名 (自署)		事業所名		
			申請者の連絡先 (日中の連絡が可能な電話番号)	()	所属名		
変更(訂正)後 ←				変更(訂正)前			
フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日生			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日生			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日生			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日	
変更(訂正)理由についてご記入下さい							
<p>注1) 変更(訂正)前の欄は、該当する被扶養者の全項目を記入してください。</p> <p>2) 変更(訂正)後の欄は、<u>変更(訂正)箇所のみ</u>記入してください。</p> <p>3) 変更(訂正)箇所について、変更後の内容が確認できる書類の提出をお願いします。</p> <p>4) 変更(訂正)を必要とする方の被保険者証等を添付してください。</p>							

【事業主証明欄】
被保険者から、「被扶養者届」の提出がありましたので、健康保険法施行規則第48条により届出をします。

年 月 日

事業所名称

事業主氏名

(事業主欄は会社担当部署で証明)

健康保険組合使用欄			
常務理事	事務長	確認者	担当者
【健保確認欄】			

受付日付印

ブルデンシャル健康保険組合

P 健-3(2021.4)