

【提出先：申請者→会社担当部署→健保組合】

・ご家族の記載事項が変更の場合に当届出を提出してください。

・被保険者(社員)本人について、結婚・離婚等で記載事項の変更が生じた場合には、会社担当部署へ申し出てください。

被扶養者記載事項変更(訂正)届

届出日： 年 月 日

被保険者氏名 (自署)	健保 太郎		事業所名	
記号・番号	●●	●●●●	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
クマイ ハナコ 組合 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日生		ケンボウ ハナコ 健保 花子	<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

- 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。
 2) 変更(訂正)後の欄は、変更(訂正)箇所のみ記入してください。
 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。
 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。

変更対象者が所持している被保険者証・高齢受給者証・限度額証を全て当健保へご提出ください。

【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。

事業所名称 年 月 日

事業主氏名 印

※事業主の押印は、自筆署名の場合は省略できます
(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)