

被扶養者届出事項変更(訂正)届

記入見本

健康保険 記号・番号 ①	記号 1	番号 000000	届出日 ②	2024年4月10日
被保険者氏名 (自署) ③	健保 花子		被保険者連絡先 (日中連絡可能な電話番号) ④	090 (0000) 0000
資格情報のお知らせ等送付先住所 被保険者宛に送付します。確実に 受け取れる住所をご記入ください。		〒XXX-XXXX ⑤ 東京都豊島区東池袋 X-X-X		

項目	訂正項目に☑	変更(訂正)後		変更(訂正)前	
フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/>	ケンポ	タロウ	ケンコウ	タロウ
氏名(漢字)	<input checked="" type="checkbox"/>	⑦ 健保	太郎	⑥ 健康	太郎
性別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/>	□S・□H・□R: 年 月 日生		□S・ <input checked="" type="checkbox"/> H・□R: 30年1月3日生	
続柄 (妻、長女等)	<input type="checkbox"/>	()		(長男)	
フリガナ	<input type="checkbox"/>				
氏名(漢字)	<input type="checkbox"/>				
性別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/>	□S・□H・□R: 年 月 日生		□S・□H・□R: 年 月 日生	
続柄 (妻、長女等)	<input type="checkbox"/>	()		()	
フリガナ	<input type="checkbox"/>				
氏名(漢字)	<input type="checkbox"/>				
性別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/>	□S・□H・□R: 年 月 日生		□S・□H・□R: 年 月 日生	
続柄 (妻、長女等)	<input type="checkbox"/>	()		()	

変更(訂正)理由についてご記入下さい

⑧ 被保険者の結婚のため

【注意事項】

1. 変更(訂正)箇所について、変更後の内容が確認できる書類を添付してください。(写でも可)
2. 交付されている場合は、該当被扶養者の「資格確認書(有効期限内に限る)」を添付してください。

【提出先】

GIB・PGF：大槻事務所
CLIS・コミュニティSKY・PGI・三栄収納サービス
PGビジネスサービス・GIB労働組合：各事業主の健康保険担当

- ※各事業主の健康保険担当一覧は
右記二次元コードよりご確認ください
- ※特例退職被保険者・任意継続被保険者は
当健保組合へ直接郵送してください。



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

事業所名称
事業主氏名 ⑨
社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

次のような場合に、この申請をご使用ください

・当健保組合へ届け出ている被扶養者に関する届出事項に変更があった場合に、ご提出ください

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】

① 健康保険記号・番号

マイナポータルや、資格情報のお知らせ、資格確認書等を確認してご記入ください。

②届出日

一般被保険者(従業員の方):事業所に提出する日をご記入ください

任継・特退被保険者の方:当健保組合に提出する日をご記入ください

③被保険者氏名

氏名を自署でご記入ください

④被保険者連絡先

日中連絡可能な電話番号をご記入ください

⑤資格情報のお知らせ等 送付先住所

資格情報のお知らせ等の送付先ご住所をご記入ください。資格情報のお知らせ等は被保険者宛への送付となりますので、確実に受け取れる住所をご記入ください。

⑥変更(訂正)前

変更対象被扶養者の「フリガナ」「氏名(漢字)」「性別」「生年月日」「続柄」をまれなくご記入ください

⑦変更(訂正)後

訂正項目に☑を入れて、変更後内容をご記入ください

⑧変更(訂正)理由

変更(訂正)となる理由についてご記入ください

⑨事業主証明

事業主欄は本社(または社労士事務所)で記入しますので、記入不要です

【提出先】各事業主の健康保険担当

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送にて提出して下さい。

事業主名	担当部署		
ジブラルタ生命保険株式会社	社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 ジブラルタ生命 担当 ※以下イントラを確認いただき、専用の送付状を添付の上、お送りください。 格納場所: Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー		
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 PGF生命 社会保険手続 担当 ※「PGF Portal」より、送付方法、専用の送付状を確認の上、お送りください。 詳細は、PGF生命保険株式会社 人事チームへご照会ください。		
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社 コミュニティS K Y	総務部
株式会社PGI	総務部門	株式会社三栄収納サービス	総務部
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
ジブラルタ健康保険組合	総務担当		