

被扶養者届出事項変更(訂正)届

健康保険 記号・番号	記号	番号	届出日	年	月	日
被保険者氏名 (白 署)			被保険者連絡先 (日中連絡可能な電話番号)	()	
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。			〒			

項目	訂正 項目 に☑	変更(訂正)後		変更(訂正)前
フリガナ 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 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 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

【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. 該当被扶養者の「健康保険証」や「資格確認書」等を添付してください。

【提出先】

GIB: 大槻事務所
PGF・CLIS・協栄年金ホーム・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QR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(局) 長	役職者	担当者
【健保確認欄】				

事業所名称

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印