

健康保険

被保険者
被扶養者 氏名変更届
(諸変更・訂正届)

常務理事	事務長	係	係

被保険者証の記号・番号 記号 番号		被保険者の氏名	変更(訂正)理由	
		被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。 印	1. 結婚	2. 離婚
会社名		所属(出向先)	3. 養子縁組	4. 誤届
被保険者証に記載されている事業 所名称を記入		社内送達便で書類が届くよう、建物、営業所、部、課名等を記入 (郵送のみの場合、郵便番号、住所、会社名、部署名等を記入)	5. その他()	
			連絡先	
			申請内容の確認や、書類不備などは健保から 直接ご連絡を致します。日中、連絡の取れる電話番号(複数可)	

変更後(訂正後)				変更前(訂正前)			
氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
(フリガナ)	男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	(フリガナ)	男・女	大正 昭和 平成	年 月 日
(フリガナ)	男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	(フリガナ)	男・女	大正 昭和 平成	年 月 日
(フリガナ)	男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	(フリガナ)	男・女	大正 昭和 平成	年 月 日
(フリガナ)	男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	(フリガナ)	男・女	大正 昭和 平成	年 月 日

被保険者の氏名変更(訂正)の場合は、被保険者・被扶養者全員分の健康保険証を添付してください。
被扶養者に関する変更(訂正)の場合は、該当者の健康保険証を添付してください。
苗字ではなく「名」が変更する場合は、戸籍抄本を添付して下さい。(苗字が変更する場合は戸籍抄本は不要です)
内容によっては、別途書類を添付していただく場合があります。

平成 年 月 日提出

【個人情報保護に関して】

個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL : 03-5795-6111 FAX : 03-5795-6107
受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

事業所所在地	
事業所名称	印
事業主名	

受付

Notice of birth date change (for dependent person) * If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

Health insurance card symbol/ number

健康保険

被保険者 氏名変更届
被扶養者 (諸変更・訂正届)

Circle "the dependent"

常務理事	事務長	係	係

被保険者証の記号・番号 記号 999	被保険者証の記号・番号 番号 999999	被保険者の氏名 健保 太郎	変更(訂正)理由 1. 結婚 2. 離婚 3. 養子縁組 ④. 誤届 5. その他()
会社名 Business Entity 〇〇×× (株)		所属(出向先) Destination section/division 本社研修会館 2F 品川営業所 〇〇×× (株) 業務室 適用G P	連絡先 Daytime telephone number 090-1111-1111 (携帯) 03-9999-9999 (会社)

Reason for change
1. Married 2. Divorced
3. Adoption arrangement
4. Incorrect notice submitted
5. Others

Furigana

変更後(訂正後) After change				変更前(訂正前) Before change			
氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
(フリガナ) ケンボ ナナ Name 健保 菜々	男・女	大正昭和平成 14年 2月 8日	二女	(フリガナ) ケンボ ナナ Name 健保 菜々	男・女	大正昭和平成 14年 2月 9日	二女
(フリガナ) Sex: male/female	男・女	大正昭和平成 年 月 日		(フリガナ) Sex: male/female	男・女	大正昭和平成 年 月 日	
(フリガナ) Birth Date (Taisho/ Showa/ Heisei)	男・女	大正昭和平成 年 月 日		(フリガナ) Birth Date (Taisho/ Showa/ Heisei)	男・女	大正昭和平成 年 月 日	
(フリガナ) Relationship	男・女	大正昭和平成 年 月 日		(フリガナ) Relationship	男・女	大正昭和平成 年 月 日	

- ①被保険者の氏名変更(訂正)の場合は、被保険者・被扶養者全員分の健康保険証を添付してください。
- ②被扶養者に関する変更(訂正)の場合は、該当者の健康保険証を添付してください。
- ③苗字ではなく「名」が変更する場合は、戸籍抄本を添付して下さい。(苗字が変更する場合は戸籍抄本は不要です)
- ④内容によっては、別途書類を添付していただく場合があります。

平成 年 月 日提出

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
 1. 法令に基づく場合
 2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
 ※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL: 03-5795-6111 FAX: 03-5795-6107
 受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

Place of business entity

事業所所在地	東京都品川区北品川〇丁目△番地□号
事業所名称	〇〇××株式会社 印
事業主名	代表 △△ △△

Name of business entity

Name of employer

受付

Notice of name change (for insured person)

* If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

Health insurance card symbol/ number

健康保険

被保険者
被扶養者
氏名変更届
(諸変更・訂正届)

Circle "the insured"

Previous family name and Seal

常務理事	事務長	係	係

被保険者証の記号・番号 記号 999	被保険者証の記号・番号 番号 999999	被保険者の氏名 曾仁 信子	変更(訂正)理由 ① 結婚 ② 離婚 ③ 養子縁組 ④ 誤届 ⑤ その他()
会社名 Business Entity 〇〇×× (株)		所属(出向先) Destination section/division 本社研修会館 2F 品川営業所 業務室 適用G P	連絡先 Daytime telephone number 090-1111-1111 (携帯) 03-9999-9999 (会社)

Reason for change
1. Married 2. Divorced
3. Adoption arrangement
4. Incorrect notice submitted
5. Others

Furigana

変更後(訂正後) After change				変更前(訂正前) Before change			
氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
(フリガナ) ケンボ ノブコ Name 健保 信子	男・女	大正昭和平成 52年1月20日	二女	(フリガナ) ソニー ノブコ Name 曾仁 信子	男・女	大正昭和平成 52年1月20日	本人
(フリガナ) Sex: male/female	男・女	大正昭和平成 年 月 日		(フリガナ) Sex: male/female	男・女	大正昭和平成 年 月 日	
(フリガナ) Birth Date (Taisho/ Showa/ Heisei)	男・女	大正昭和平成 年 月 日		(フリガナ) Birth Date (Taisho/ Showa/ Heisei)	男・女	大正昭和平成 年 月 日	
(フリガナ) Relationship	男・女	大正昭和平成 年 月 日		(フリガナ) Relationship	男・女	大正昭和平成 年 月 日	

- ①被保険者の氏名変更(訂正)の場合は、被保険者・被扶養者全員分の健康保険証を添付してください。
- ②被扶養者に関する変更(訂正)の場合は、該当者の健康保険証を添付してください。
- ③苗字ではなく「名」が変更する場合は、戸籍抄本を添付して下さい。(苗字が変更する場合は戸籍抄本は不要です)
- ④内容によっては、別途書類を添付していただく場合があります。

平成 年 月 日提出

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
 1. 法令に基づく場合
 2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
 ※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL: 03-5795-6111 FAX: 03-5795-6107
 受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

Place of business entity

事業所所在地	東京都品川区北品川〇丁目△番地□号
事業所名称	〇〇××株式会社 印
事業主名	代表 △△ △△

Name of business entity

Name of employer

受付