ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当

ルネサス健康保険組合御中 （送付先は、下記参照）

② ※太枠内を記入してください。

健康保険 ①☑被保険者 ☐被扶養者 氏名・生年月日等変更(訂正)届

③

提出日	令和 3 年 4 月 1 日

被保険者情報 ※枝番(-00)記入は不要です。

⑤

④ 被保険者の記号・番号												被保険者氏名	フリガナ ｹﾝｺｳ ﾊﾅｺ
記号	1	1	1	番号(右詰め)	1	1	1	1	1	1	1		健康 花子
事業所(いずれかに✔)					日中の連絡先 電話番号							連絡用メールアドレス	
⑥ ☑REL ☐RSMC ☐任継・特退													

⑦ 従業員番号		事業所コード				⑫ ※事業所コードは、事業所健保担当者が記入

申請内容 ㊟システムで対応できない漢字は、健保にて変更する場合があります。(詳細は下記※1 および 記入例を確認ください)

事象	変更後		変更前		続柄
⑧ 氏名変更(訂正)(対象者を全員記入してください)	フリガナ ｹﾝｺｳ	ハナコ	フリガナ ｼｮｳﾜ	ハナコ	本人
	(氏) 健康	(名) 花子	(氏) 昭和	(名) 花子	
	フリガナ		フリガナ		
	フリガナ		フリガナ		
	フリガナ		フリガナ		

⑨ 生年月日訂正	訂正対象者	フリガナ		続柄
		(氏)	(名)	

訂正後の生年月日				訂正前の生年月日			
昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日

⑩ その他(被扶養者の続柄・性別)	

⑪ 変更(訂正)年月日及びその理由	変更(訂正)年月日	変更(訂正)理由
	☐平成 ☑令和 3 年 3 月 15 日	結婚

＜注意事項＞

1.「資格確認書(有効期限内のもの)」を所持されている方は、必ず対象者のものを添付してください。

※1:システムで対応可能な文字規格「JIS X 0208 漢字第1、第2水準」

＜申請書の送付先＞

加入区分	送付先
一般被保険者	ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス［〒105-0003 東京都港区西新橋1-18-6-11F］
任意継続被保険者、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

⑫

事業所担当者印
印

事業所所在地 ○○○○○○○○○

事業所名称 ○○○○○○○○○

事業主氏名 ○○ ○○

⑫ 受付日付印

インプット	証回収	証発行

【被保険者記入・確認事項】

① 申請者について『被保険者』または『被扶養者』であるかチェック☑してください。

② 太枠内を正確に記入願います。

③ 提出年月日は必ず記入願います。

④ 被保険者の記号・番号を正確に記入願います。 ※枝番(-00)記入は不要です。

⑤ 被保険者氏名を記入願います。(下記※2に従ってください)

⑥ 事業所の該当する箇所に✓願います。

⑦ 従業員番号を正確に記入願います。 ※任継・特退の方は記入不要

⑧ 氏名変更(訂正)する対象者の変更(訂正)前氏名・変更(訂正)後氏名、続柄を記入願います。(下記※2に従ってください)

※2 a.マイナンバーカードへ登録している文字 および 文字数と同一内容を記入してください。
b.外国籍の方は、在留カードに登録している文字 および 文字数と同一内容を記入してください。
c.上記以外の方は、住民票に登録している文字 および 文字数と同一内容を記入してください。

㊟システムで対応できない漢字は、健保にて変更する場合があります。(※1参照)
※1:システムで対応可能な文字規格「JIS X 0208 漢字第1、第2水準」

⑨ 生年月日訂正する対象者の氏名・続柄・訂正後の生年月日・訂正前の生年月日を記入願います。

⑩ 変更する事象が被扶養者の続柄・性別である時は、その旨記入願います。

⑪ 変更(訂正)年月日・理由を記入願います。

注 意

対象者が「資格確認書(有効期限内のもの)」を所持されている場合は、必ず対象者のものを添付してください。

※被保険者の氏名を変更(訂正)するときは、被扶養者が所持している「資格確認書」にも被保険者氏名の記載があるため、併せて提出してください。
※「資格確認書(有効期限内のもの)」を添付いただいた場合は、変更内容を反映した新しい「資格確認書」を交付します。
※マイナ保険証を利用されている方には氏名変更後の「資格情報のお知らせ」を交付します。

【事業所健保担当者確認事項】

⑫ 事業所健保担当者は、事業所コードの記入・日付のわかる事業所担当者印を押印し、再度記入漏れ等がないか確認のうえ、事業主欄を記入し健保組合へ提出してください。