

正

サントリー健康保険組合 御中

提出先:SBU_G人総業務部 社会保険担当 (ELO)

Notification of Dependent(s) <Transfer>

[事業主証明]

Sex: Male(男)/Female(女)

※Applications submitted through employers do not require a personal seal.

※事業主が被保険者の届出意思を確認済のため本人押印省略可

EXAMPLE

健康保険被扶養者(異動)届

Health Insurance Card Symbol

Health Insurance Card Number

Working office

Division

Insured Person'S Name

Seal

Birth Date:(YY/MM/DD)

太枠内を記入し、認印を押印していただき、認印を押しつけてください。 ※「欄」は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号 [記号] 1234 [番号] 123456	勤務/地 SWH 所属部署 〇〇〇部	被保険者氏名 (フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎	印(認印) 健康	性別 男・女	生年月日 [和暦] 昭和44年8月1日	※資格取得年月日 年 月 日	
被保険者住所 〒123-456 東京都〇〇区〇〇町1-2-34 ○×ハイツ123号						※標準報酬月額 千円	
異動 増・減	同居別居 同・別	Applied Person's Name 今回異動する方の氏名 (フリガナ) ケンコウ ハナコ 健康 花子	性別 男・女	生年月日 [和暦] 昭和45年8月15日	(ア)続柄 妻	(イ)扶養し始めた日(又は扶養しなくなった日)と、その理由 [和暦] 令和2年8月31日 理由 失業給付受給終了	※認定・消滅年月日 認定 . . . Date dependency commenced (YY/MM/DD) 消滅 . . .
増・減	同居別居 同・別	Residence Same(同)/Different(別)	Sex:Male(男)/Female(女)	Birth Date (YY/MM/DD)	Relationship	Reason of Addition	認定 . . . 消滅 . . .
増・減	同居別居 同・別	Addition/Deletion of Dependent Addition(増)/Deletion(減)	男・女	年 月 日	理由	年 月 日	認定 . . . 消滅 . . .
増・減	同居別居 同・別	姓 名 Zip Code	男・女	年 月 日	Address of the applied person if he or she lives apart from the insured person		認定 . . . 消滅 . . .
(ウ) 別居の場合 認定対象者の住所 〒654-321 大阪府大阪市〇区〇〇町3-2-1						(エ) 喪失証明書希望	

<注意事項>

【共通】

- ① (ア)続柄は長男・二女・養子等と詳細に記入。
- ② (イ)届出理由の記入例は以下の通りです。
《増》出生、失業給付満了、任意継続喪失
《減》就職・収入基準超過・離婚 等
- ③ (ウ)異動対象者と別居の場合のみ記入。

【被扶養者《増》の届出の場合】

- ④「被扶養者認定に必要な書類」(健保HP掲載)の添付が必要です。

【被扶養者《減》の届出の場合】

- ⑤異動対象者の健康保険証を添付・返却ください。
- ⑥失業給付受給開始による減の方は「雇用保険受給資格者証」のコピーを添付。(支給開始日確認のため)
- ⑦他保険加入による減の方は今お持ちの保険証のコピーを添付。(資格取得日確認のため)
- ⑧(エ)国保加入等、資格喪失証明の発行が必要な場合は○。

資格喪失証明の発行が必要な場合は○で囲んでください。

※健保処理欄

常務理事	事務長	担当	[増] 証発行	[減] 証回収
			公費調査 3号案内	育児書 高受給
			喪失証明	埋 喪失後受診