

正

サントリー健康保険組合 御中

[ 事業主証明 ]

提出先: SBU\_G人総業務部 社会保険担当 (ELO)

Notification of Dependent(s) <Transfer>

EXAMPLE

健康保険被扶養者(異動)届

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

Health Insurance Card Symbol

Health Insurance Card Number

2020年 4月 6日 申請

Sex: Male(男)/Female(女)

※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

太 枠 内 を 記 入 し 、 認 印 を 押 印 し て く だ さ い 。 ※ 欄 は 記 入 し な い 。 だ さ い 。	被保険者証の 記号・番号		勤務地	被保険者氏名		印 (認印)	性別	生年月日	※資格取得年月日	
	[記号] 1234		SWH	(フリガナ) ケンコウ タロウ		健康	男・女	[和暦] 昭和35年8月1日	年 月 日	
	[番号] 123456		所属部署 Division	〇〇部	健康 太郎					※標準報酬月額 千円
被保険者住所			〒123-456 東京都〇〇区〇〇町1-2-34 〇×ハイツ123号						Address	
異動		Applied Person's Name		性別	生年月日	(ア)続柄	(イ)扶養し始めた日(又は扶養しなくなった日)と、その理由	※認定・消滅年月日		
増・減	同居別居	今回異動する方の氏名		男・女	[和暦] Birth Date: (YY/MM/DD)		[和暦]	Date dependency ended (YY/MM/DD)		
増・減	同 姓	(フリガナ) ケンコウ ハナコ		男・女	昭和40年8月15日	妻	理由	Reason of deletion		
増・減	同 姓	健康 花子		男・女	昭和40年8月15日	妻	理由	パート収入増		
増・減	別 姓	Regidence Same(同)/Different(別)		男・女	平成9年5月1日	長男	理由	就職		
増・減	同 姓	健康 一郎		男・女	平成9年5月1日	長男	理由	就職		
Addition /Deletion of Dependent		Addition(増)/Deletion(減)		男・女	[和暦] 年 月 日		[和暦]	認定 . .		
増・減		別 姓		男・女	[和暦] 年 月 日		[和暦]	消滅 . .		
増・減		同 姓		男・女	[和暦] 年 月 日		[和暦]	認定 . .		
増・減		別 姓		男・女	[和暦] 年 月 日		[和暦]	消滅 . .		
(ウ) 別居の場合		〒654-321 大阪府大阪市〇区〇〇町3-2-1						(エ) 喪失証明書希望		
(ウ) 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、任意継続喪失等  
《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○。

If you wish to have a certificate of loss, please circle it.

資格喪失証明の発行が必要な場合は○で囲ってください。

※健保処理欄

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