

提出先: SBU\_人事SC(大阪オフィス内)

Notification of Dependent(s) <Transfer>

記入見本

健康保険被扶養者(異動)届

Sex: Male(男)/Female(女)

Health Insurance Card Symbol

Health Insurance Card Number

Working office

Division

2017年7月6日申請

Insured Person'S Name

Birth Date (YY/MM/DD)

Seal

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 Zip Code Address						※標準報酬月額 千円
異動 増・減 別	同居別居 今回異動する方 同姓 健康	Applied Person's Name (フリガナ) ケンコウ ハナコ 名 花子	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] 平成29年6月25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)
増・減	Regidence Same(同)/Different(別)	Sex: Male(男)/Female(女)	Birth Date (YY/MM/DD)	Relationship	Reason of Addition	消滅 . . .
Addition /Deletion of Dependent Addition(増)/Deletion(減)						認定 . . .
増・減	同居別居 同姓 健康	名	生年月日 [和暦]	理由	理由	認定 . . .
(ウ) 別居の場合 〒654-321 大阪府大阪市〇区〇〇町3-2-1 認定対象者の住所 Address of the applied person if he or she lives apart from the insured person						消滅 . . .
(エ) 喪失証明書希望						(イ) 喪失証明書希望

太枠内を記入し、認印を押印して、「※」欄は記入しないでください。

<注意事項>

- 【共通】
- (ア)続柄は長男・二女・養子等と詳細に記入。
  - (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
  - (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】
- 「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。
  - 異動対象者の健康保険証を添付・返却ください。
  - 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)
  - 他保険加入による減の方は今お持ちの保険証コピーを添付。(資格取得日確認のため)
  - (エ)国保加入等、資格喪失証明の発行が必要な場合は○。
- 【被扶養者《減》の届出の場合】
- 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)
  - 他保険加入による減の方は今お持ちの保険証コピーを添付。(資格取得日確認のため)
  - (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 育児書	喪失証明 埋
			3号案内 高受給	喪失後受診