

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

2017年4月3日申請

Name

Birth Date (YY/MM/DD)

Working office

Division

Seal

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
	SWH	(フリガナ) ケンコウ タロウ	健康太郎	健康	男・女	昭和35年8月1日	年 月 日
[記号] 1234	所属部署						※標準報酬月額
[番号] 123456	〇〇部						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	同居 別居	今回異動する方 Applied Person's Name	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	(フリガナ) ケンコウ ハナコ 健康 花子	昭和40年8月15日	妻	パート収入増	認定 . . .	
増・減	同	(フリガナ) ケンコウ ハナコ 健康 花子	昭和40年8月15日	妻	パート収入増	Date dependency ended (YY/MM/DD)	
増・減	別	Sex: Male(男)/Female(女) 男・女	平成6年5月1日	Relationship	Reason of deletion	消滅 . . .	
Addition / Deletion of Dependent Addition (増) / Deletion (減)							
増・減	同	男・女	年 月 日	理由		認定 . . .	
増・減	同	男・女	年 月 日	理由		消滅 . . .	
増・減	同	男・女	年 月 日	理由		認定 . . .	
増・減	同	男・女	年 月 日	理由		消滅 . . .	
(ウ) 別居の場合! 〒654-321 大阪府大阪市〇区〇〇町3-2-1							
(工) 喪失証明書希望							

太枠内を記入し、押印(被保険者・所属長)してください。

資格喪失証明の発行が必要な場合は○で囲んでください。

<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コピーを添付。(資格取得日確認のため)
 - ⑧ (工)国保加入等、資格喪失証明の発行が必要な場合は○。

※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	喪失証明	埋
3号案内	高受給	喪失後受診	