

提出先: SBU_人事SC(大阪オフィス内)

記入見本

健康保険被扶養者(異動)届

2017年4月3日申請

太 大 枠 内 を 記 入 し 、 認 印 を 押 印 し 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		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 〇〇〇部		健康 太郎					※標準報酬月額
	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									
異動	同居 別居	今回異動する方の氏名		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 別	(フリガナ) ケンコウ 姓 健康	名 ハナコ 花子	男・女	[和暦] 昭和40年8月15日	妻	[和暦] 平成29年4月1日	理由 パート収入増	認定 . .	消滅 . .
増・減	同 別	(フリガナ) ケンコウ 姓 健康	名 イチロウ 一郎	男・女	[和暦] 平成6年5月1日	長男	[和暦] 平成29年4月1日	理由 就職	認定 . .	消滅 . .
増・減	同 別	(フリガナ) 姓	名	男・女	[和暦] 年 月 日		[和暦] 年 月 日	理由	認定 . .	消滅 . .
増・減	同 別	(フリガナ) 姓	名	男・女	[和暦] 年 月 日		[和暦] 年 月 日	理由	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○。

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 3号案内 高受給	喪失証明 埋 喪失後受診