

健康保険被扶養者届 (異動届用)

住友金属健康保険組合

被 保 険 者	事業所	<input type="checkbox"/> 大阪本社 <input type="checkbox"/> 東京本社 <input type="checkbox"/> 総研 <input type="checkbox"/> 製鋼所 <input type="checkbox"/> 特殊管 <input type="checkbox"/> 和歌山 <input type="checkbox"/> 鋼鉄 <input type="checkbox"/> 鹿島 <input type="checkbox"/> 小倉 <input type="checkbox"/> 直江津 <input type="checkbox"/> 精密 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他()			連絡先Tel		
	所属番号		フリガナ				
	所属名		氏名	印			
	社員番号		生年月日	S・H	年	月	日
	住所	〒 -	Tel				

被保険者証 受領年月日
平成 年 月 日
受領印
印

※ 伺	常務理事	事務長	担当者	事業所
	平成 年 月 日 承認			

届出の目的 扶養認定 扶養削除 入社 転入 氏名変更 引纏め その他() ←*今回の届け出内容に該当する項目の□内に「印」を必ず記入して下さい。

被 扶 養 者	取 得	フリガ ナ 氏 名	性別	生年月日	続柄	事由 (該当項目の枠内にチェック)	被保険者 との 同・別居	扶養すること になった年月日	職業又は 学校名・学年	年間収入		税扶養 の有無
										収入の種類	金額	
			男・女	S・H		<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> その他()	同・別	H			約 円	有・無
			男・女	S・H		<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> その他()	同・別	H			約 円	有・無
			男・女	S・H		<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> その他()	同・別	H			約 円	有・無
			男・女	S・H		<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> その他()	同・別	H			約 円	有・無
			男・女	S・H		<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> その他()	同・別	H			約 円	有・無

被 扶 養 者	喪 失	フリガ ナ 氏 名	性別	生年月日	続柄	事由 (該当項目の枠内にチェック)	被保険者 との 同・別居	扶養しなくなった年月日	備考
								住所(市町村まで記入)	
			男・女	S・H		<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()	同・別	H	
			男・女	S・H		<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()	同・別	H	
			男・女	S・H		<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()	同・別	H	

受付印

- (注) 1. 資格取得及び届出内容の変更があった時は、5日以内に被保険者証を添えてその都度提出して下さい。
 2. 別居の場合で遠隔地証が必要な場合は「遠隔地証交付申請書」も提出して下さい。
 3. 氏名を本人自ら署名した場合の申請印の捺印は不要です。
 4. ※ 印欄は記入しないで下さい。
 5. 被扶養者の記入欄が不足する場合は、別途、同届出書を記載し提出して下さい。
 6. 被保険者証の返却先が上記申請書に記載の所属と異なる場合及び社内メールが届かない場合に右記「被保険者証返却時送付先」に送付先を記入して下さい。

被保険者証の返却時送付先 (社内メール可の場合は所属名)

〒

社内メール () 部/室/Gr

※ 処理	端末処理	入力シート