

健康保険被扶養者届 (異動届用)

被保険者が所属する事業所にチェック

被保険者(本人)	事業所	大阪本社 <input checked="" type="checkbox"/> 東京本社 <input checked="" type="checkbox"/> 総研 直江津 小倉 鹿島 精密 任意継続 製鋼所(労組 生協) 和歌山(労組 生協) 鋼鉄 特殊管 特殊管(労組)
	所属名	東京〇〇室 フリガナ ケンポ タロウ 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	社員番号	1 2 3 4 5 6 7 所属番号 2 1 〇〇 氏名 健保 太郎 印 <input checked="" type="checkbox"/>
	所属連絡先	(外線) 03-1234- (内線) (東) 1234 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成 40年 1月 1日 (45歳)
	住所	〒 100 - 1234 東京都中央区 1 - 2 - 3 Tel 03-1234-〇〇〇〇

自宅の住所、Telを記入

印欄は記入しないでください

提出日を記入

平成 22年 12月 1日 提出

住友金属健康保険組合			
常務理事	事務長	担当者	事業所
平成 年 月 日 承認			

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

収入の種類と年間収入金額を記入

税扶養に入ってる方は「有」にチェック
入ってない方は「無」にチェック

届出内容に該当する全ての項目にチェック

申請者の現況を正確に記入

申請者を扶養することになった年月日を記入

届出の目的	扶養認定	扶養削除	入社	転入	再雇用	氏名変更(家族)	その他	* 今回の届出内容に該当する項目の 内にV印を必ず記入して下さい。											
取	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	事由	被保険者との同・別居:理由	職業又は学年等	収入の種類及び年間収入額	扶養することになった年月日	市町村等からの医療費助成の有無	税扶養届出有無
								ケンポ ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成 43 . 2 . 2	42 歳	妻	結婚 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 転入 入社 退職 再雇用 収入減 <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険終了 其他()	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 他()	給与 年金 () 年間/約 8.0万円	H 22 . 12 . 1	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
								ケンポ カズコ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成 20 . 6 . 5	65 歳	妻	結婚 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 転入 入社 退職 再雇用 収入減 <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険終了 其他()	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 他()	給与 年金 () 年間/約 6.0万円	H 22 . 12 . 1	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
								ケンポ ジロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3 . 9 . 18	19 歳	次男	結婚 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 転入 入社 退職 再雇用 収入減 <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険終了 其他()	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 <input checked="" type="checkbox"/> 大学1 年生 他()	給与 年金 () 年間/約 万円	H 22 . 12 . 1	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
								ケンポ イチロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成 63 . 8 . 8	22 歳	長男	就職 結婚 75歳到達 死亡 収入増 其他()	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 他()	H 22 . 12 . 1	都・道・府・県 市・町・村	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	

転入 (妻:同居 パート収入がある場合)

扶養認定 (妻:同居 パートを退職 年金収入がある場合)

転入 (長男:就学による別居の場合)

扶養削除 (長男:就職のため 資格喪失する場合)

別居の場合は必ず住所を記入

申請者を扶養しなくなった日を記入

印欄は記入しないでください

市町村等から医療費助成を受けている方は「有」にチェック
受けていない方は「無」にチェック
「有」にチェックをされた方は医療費支給証等の写しを添付

- <注意>
1. 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。
 2. 印欄は記入しないで下さい。
 3. 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。
 4. 被保険者証の返却先が上記申請者の記載の所属と異なる場合等は右記「被保険者証送付先」に住所等を記入して下さい。
 5. 被扶養者欄の区分で「喪失」に該当する方は必ず保険証を添付して下さい。

被保険者証の返送先 (社内メール可の場合は下段に所属名)
〒 -
社内メール(東) 東京〇〇 部 / 室 / Gr

保険証の返送先について
・社内メールでの返送が可能な方は、その返送先を「所名」から記入
・社内メールがない場合は郵送先を必ず記入