

記入例

被保険者が所属する事業所の□内に「>」印を付する

就業時間内に問い合わせ等に対応できる電話番号を記載する

印は必ず申請時に押印して下さい

提出日を記入

申請者を扶養することとなった日を記載する

申請者の現在の状況を正確に記載する

健康保険被扶養者届（異動届用）

平成〇〇年××月△△日 提出

住友金属健康保険組合

被 保 険 者	事業所名	<input checked="" type="checkbox"/> 大阪本社 <input type="checkbox"/> 東京本社 <input type="checkbox"/> 総研 <input type="checkbox"/> 関西 <input type="checkbox"/> 和歌山 <input type="checkbox"/> 鹿島 <input type="checkbox"/> 小倉 <input type="checkbox"/> 直江津 <input type="checkbox"/> 任意継続		連絡先Tel	06-1234-5678
	所属番号	1234	フリガナ	ケンコウ タロウ	
	所属名	〇〇〇〇室	氏名	健康 太郎 印	
	社員番号	0123456	生年月日	M・T・S	24年5月6日
住 所	〒555-6666 大阪市中央区西谷1-2-34 Tel 06-9876-5432				

被保険者証 受領年月日	平成 年 月 日
住友	

※	常務理事	事務長	担当者	事業所
同				
平成 年 月 日 承認				

職業に応じた収入及び年金収入等全ての収入内容を記載する

自宅の住所等を記載

届出の内容に該当する全ての項目の□内に「>」印を付する

扶養家族に入れる為に申請する者の内容について記載する

扶養家族から外す為に申請する者の内容について記載する

届出の目的		<input type="checkbox"/> 扶養認定 <input type="checkbox"/> 扶養削除 <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 引纏め <input type="checkbox"/> その他( )										
被 扶 養 者	取 得	フリガナ氏	性別	生年月日	続柄	事由 (該当項目の枠内にチェック)	同居・別居の別	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 収入の種類	金額	税扶養の有無
		ケンコウ ハナコ 健康 花子	男・女	M・T・S・H 25.7.8	妻	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 入社 <input checked="" type="checkbox"/> その他(雇用保険終了)	同・別	S・H 11.5.1	無職	約 〇 円	有・無	
		.....	男・女	M・T・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	S・H		約 円	有・無	
		.....	男・女	M・T・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	S・H		約 円	有・無	
		.....	男・女	M・T・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	S・H		約 円	有・無	
		.....	男・女	M・T・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	S・H		約 円	有・無	
喪 失	フリガナ氏	性別	生年月日	続柄	事由 (該当項目の枠内にチェック)	同居・別居の別	扶養しなくなった年月日	備考				
	ケンコウ イチオ 健康 一男	男・女	M・T・S・H 55.5.5	長男	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )	同・別	H 11.5.10					
	.....	男・女	M・T・S・H		<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )	同・別	H					
	.....	男・女	M・T・S・H		<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )	同・別	H					

税扶養に入っている方は「有」に○を、入っていない方は「無」に○をする

扶養認定時、雇用保険の離職票を預けていた方で返却が必要な方、及び喪失証明書が必要な方等は、その旨をこの欄に記載する

- (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 (大) 〇〇〇〇 部/室/Gr

受付印

※	端末処理	入力シート
処		
理		

保険証の返却先について、社内メールでの返却が可能な方は、その返却先を「所名」から記入  
また、社内メールが無い場合には郵送先を必ず記入