

正

## 健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者等記号番号			被保険者の氏名			配偶者の有無	標準報酬月額	千円	私は付加給付金の受領を事業所の健保受領代理人に委任します。					
記号		番号				□有	□無							
被保険者の住所						別世帯者の住所		TEL - - -						
異動内容	被扶養者の氏名		生年月日		性別	被保険者との続柄	異動の理由		同居の有無	収入の種類		資格確認書発行要否	※認定・抹消年月日	※認定欄
							年	月		日	年			
□増	(フリガナ)		□昭	年	月	日	□男		□同居	□有		□発行必要		
										□平	□令			
□減	(氏)		□昭	年	月	日	□男		□同居	□有		□発行不要		
										□平	□令			
□増	(フリガナ)		□昭	年	月	日	□男		□同居	□有		□発行必要		
										□平	□令			
□減	(氏)		□昭	年	月	日	□男		□同居	□有		□発行不要		
										□平	□令			
□増	(フリガナ)		□昭	年	月	日	□男		□同居	□有		□発行必要		
										□平	□令			
□減	(氏)		□昭	年	月	日	□男		□同居	□有		□発行不要		
										□平	□令			
□増	(フリガナ)		□昭	年	月	日	□男		□同居	□有		□発行必要		
										□平	□令			
□減	(氏)		□昭	年	月	日	□男		□同居	□有		□発行必要		
										□平	□令			
上記の通り申請がありましたので事実に相違ないことを確認の上 届出いたします。							注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ ボールペン等、消えない筆記具でご記入ください。消せるボールペン(フリクション等)は不可です。</li> <li>◎ 訂正箇所は二重線のうえ訂正印を押印ください。修正テープは不可となります。</li> <li>◎ 被扶養者に異動(増・減)があった場合、該当する方のみ記入してください。</li> <li>◎ 続柄「子」については、「長男」「長女」等、詳しく記入してください。</li> <li>◎ 異動の理由は「出生」「結婚」「就職」「離職」「死亡」等、理由を記入してください。</li> <li>◎ 収入が「有」の場合、収入の種類と月額金額を記入してください。</li> <li>◎ 16歳以上(高校生以上)の方は添付書類が必要です。</li> </ul> <p>添付書類に関しては、健康保険組合ホームページ(<a href="http://www.kenpo.gr.jp/sgh/">http://www.kenpo.gr.jp/sgh/</a>)の 「各種届出・申請用紙⇒被扶養者認定に必要な添付書類」に詳細が記載されています。</p> <p>◎ 資格確認書とは、従来の保険証と同じ効力があるものです。</p> <p>異動内容が増の場合には資格確認書発行要否欄の□のどちらかに✓を入れてください。</p> <p>◎ 「※」欄は記入しないでください。</p>					受付日付印	
事業所所在地														
事業所名称														
事業主氏名														

所属店(

社会保険労務士記載欄

氏名等

) 社員No.(

異動内容が減の場合は対象者の資格確認書を添付してください。  
ただし、認定時に資格確認書を交付されていない方は添付不要です。

R7.12改訂

副

## 健康保険被扶養者異動届

被保険者等記号番号			被保険者の氏名			配偶者の有無	標準報酬月額	下記のとおり認定します。 SGホールディングスグループ健康保険組合						
記号	番号					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	千円							
被保険者の住所						別世帯者の住所	TEL - -							
異動内容	被扶養者の氏名		生年月日		性別	被保険者との続柄	異動の理由 年月日	同居の有無	収入の種類		資格確認書発行要否	※認定・抹消年月日	※認定欄	
									収入の種類	月額金額				
□増	(フリガナ) (氏) (名)		□昭 □平 □令	年月日		□男 □女		□同居 □別居	□有	□無	□発行必要 □発行不要			
				年	月				日	年				月
□減	(フリガナ) (氏) (名)		□昭 □平 □令	年月日		□男 □女		□同居 □別居	□有	□無	□発行必要 □発行不要			
				年	月				日	年				月
□増	(フリガナ) (氏) (名)		□昭 □平 □令	年月日		□男 □女		□同居 □別居	□有	□無	□発行必要 □発行不要			
				年	月				日	年				月
□減	(フリガナ) (氏) (名)		□昭 □平 □令	年月日		□男 □女		□同居 □別居	□有	□無	□発行必要 □発行不要			
				年	月				日	年				月
□増	(フリガナ) (氏) (名)		□昭 □平 □令	年月日		□男 □女		□同居 □別居	□有	□無	□発行必要 □発行不要			
				年	月				日	年				月
□減	(フリガナ) (氏) (名)		□昭 □平 □令	年月日		□男 □女		□同居 □別居	□有	□無	□発行必要 □発行不要			
				年	月				日	年				月
上記の通り申請がありましたので事実に相違ないことを確認の上 届出いたします。						注意事項	◎ ボールペン等、消えない筆記具でご記入ください。消せるボールペン(フリクション等)は不可です。 ◎ 訂正箇所は二重線のうえ訂正印を押印ください。修正テープは不可となります。 ◎ 被扶養者に異動(増・減)があった場合、該当する方のみ記入してください。 ◎ 続柄「子」については、「長男」「長女」等、詳しく記入してください。 ◎ 異動の理由は「出生」「結婚」「就職」「離職」「死亡」等、理由を記入してください。 ◎ 収入が「有」の場合、収入の種類と月額金額を記入してください。 ◎ 16歳以上(高校生以上)の方は添付書類が必要です。 ◎ 添付書類に関しては、健康保険組合ホームページ( <a href="http://www.kenpo.gr.jp/sgh/">http://www.kenpo.gr.jp/sgh/</a> )の 「各種届出・申請用紙⇒被扶養者認定に必要な添付書類」に詳細が記載されています。 ◎ 資格確認書とは、従来の保険証と同じ効力があるものです。 異動内容が増の場合は資格確認書発行要否欄の□のどちらかに✓を入れてください。 ◎ 「※」欄は記入しないでください。						受付日付印	
事業所所在地														
事業所名称														
事業主氏名														

所属店(社会保険労務士記載欄)  
氏名等

) 社員No.(

) 異動内容が減の場合は対象者の資格確認書を添付してください。  
ただし、認定時に資格確認書を交付されていない方は添付不要です。

R7.12改訂