



# 健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証		被保険者の氏名		配偶者の有無	標準報酬月額
記号	番号			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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。

被保険者の住所	TEL - -	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	被扶養者の職業	異動の理由 年 月 日	同居の有無	収入の種類		※認定・抹消 年月日	※認定欄
								収入の種類	月額金額		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		

上記の通り申請がありましたので事実と相違ないことを確認の上届出いたします。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

**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(<http://www.kenpo.gr.jp/sg/>)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おります。
- ◎ 「※」欄は記入しないでください。

受付日付印



# 健康保険被扶養者異動届

健康保険被保険者証		被保険者の氏名		配偶者の有無	標準報酬月額
記号	番号			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	千円

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

被保険者の住所	TEL - -	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	被扶養者の職業	異動の理由 年 月 日	同居の有無	収入の種類		※認定・抹消 年 月 日	※認定欄
								収入の種類	月額金額		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		

上記の通り申請がありましたので事実と相違ないことを確認の上届出いたします。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

**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(<http://www.kenpo.gr.jp/sg/>)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おります。
- ◎ 「※」欄は記入しないでください。

受付日付印