

正 サントリー健康保険組合 御中 [事業主証明]

Submit to:
 By post: Endo Labor Management Office, attn.: Social Insurance
 1-2-30 Sanarudai, Naka-ku, Hamamatsu-shi, Shizuoka Prefecture 432-8021
 By interoffice mail: SBU, Group HR & Administrative Service Department (in charge of Social Insurance) (ELO)

【提出先】郵送の場合：〒432-8021 静岡県 社会保険担当宛
 社内メールの場合：SBU G人総業科

EXAMPLE

Notification of Dependent(s) <Transfer>

健康保険 被扶養者（異動）届

Sex: Male(男)/Female(女)

Health Insurance Card Symbol Health Insurance Card Number 2022年 7月 6日 申請 Insured Person's Name Birth Date (YY/MM/DD)

被保険者証の記号・番号 [記号] 1234 [番号] 122456

勤務地 Working office SHW 所属部署 Division 健康 太郎

被保険者住所: 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-34 〇×ハイツ123号

被保険者氏名 健康 太郎 性別 男 生年月日 昭和44年8月1日

異動 同居 別居 今回異動する方の氏名 健康 花子 性別 女 生年月日 昭和45年8月15日

続柄 妻 理由 失業給付受給終了

Date and Reason for dependency commenced/completed 令和4年6月25日

※資格取得年月日 年 月 日

※標準報酬月額 千円

※認定・消滅年月日 消滅 . .

Reason for dependency commenced 認定 . .

Reason for dependency commenced 消滅 . .

Reason for dependency commenced 認定 . .

Reason for dependency commenced 消滅 . .

Reason for dependency commenced 認定 . .

Reason for dependency commenced 消滅 . .

(ウ) 別居の場合 認定対象者の住所 〒654-3210 大阪府大阪市〇区〇〇町3-2-1

(イ) 喪失証明書希望

太枠内を記入してください。「※」欄は記入しないでください。

<注意事項>

- 【共通】
- (ア)続柄は長男・二女・養子等と詳細に記入。
 - (イ)届出理由の記入例は以下の通りです。
 《増》出生、失業給付満了、任意継続喪失等
 《減》就職・収入基準超過・離婚等
 - (ウ)異動対象者と別居の場合のみ記入。
- 【被扶養者《増》の届出の場合】
- 「被扶養者認定に必要な書類」(健保HP掲載)の添付が必要です。
- 【被扶養者《減》の届出の場合】
- 異動対象者の健康保険証を添付・返却ください。
 - 失業給付受給開始による減の方は「雇用保険受給資格者証」のコピーを添付。(支給開始日確認のため)
 - 他保険加入による減の方は今お持ちの保険証のコピーを添付。(資格取得日確認のため)
 - (イ)国保加入等、資格喪失証明の発行が必要な場合は○。

If you wish to have a certificate of loss, please circle it.

資格喪失証明の発行が必要な場合は○で囲んでください。

※健保処理欄

常務理事	事務長	担当	[増] 証発行	[減] 証回収
			公費調査 3号案内	育児書 高受給
			喪失証明	喪失後受診
			埋	