

正

サントリー健康保険組合 御中

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)

[事業主証明]

EXAMPLE

【提出先】郵送の場合：〒432-8021 静岡県浜松市東区榑原1-2-30
社内メールの場合：SBU G人総業務部長 健康保険担当宛

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 4月 6日 申請

Insured Person's Name

Birth Date (YY/MM/DD)

Working office

被保険者証の 記号・番号 [記号] 1234 [番号] 123456		勤務地 SWH 所属部署 〇〇部	被保険者氏名 (フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎	性別 男・女	生年月日 [和暦] 昭和35年8月1日	※ 資格取得年月日 年 月 日
被保険者住所 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-34		Zip Code 〇〇部	Birth Date (YY/MM/DD)	Date and Reason for dependency commenced/completed		※ 標準報酬月額 千円
異動	同居 別居	Reference Same(同)/Different(別)	性別	生年月日	(ア) 続柄	(イ) 扶養し始めた日(又は扶養しなくなった日)と、その理由
増・減	同 別	ケンコウ ハナコ 健康 花子	男・女	昭和35年8月1日	妻	令和2年4月1日 パート収入増
増・減	同 別	ケンコウ イチロウ 健康 一郎	男・女	平成9年5月1日	長男	令和2年4月1日 就職
増・減	別	Address of the applied person if he or she lives apart from the insured person	男・女	年 月 日	理由	年 月 日
増・減	別	Zip Code	男・女	年 月 日	理由	年 月 日
(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						(エ) 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】

- ① (ア)続柄は長男・二女・養子等と詳細に記入。
- ② (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
- ③ (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】

- ④ 「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。
- ⑤ 異動対象者の健康保険証を添付・返却ください。
- ⑥ 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)
- ⑦ 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)
- ⑧ (エ)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 育児書 3号案内 高受給	喪失証明 埋 喪失後受診