

塩野義健康保険組合理事長殿

健康保険被扶養者異動届（増）

被 保 険 者 記 入 欄	提出日		令和 年 月 日							
	被保険者等 記号・番号		—		氏名No.			被保険者 戸籍氏名		
	会社名				事業所			所属		
	被保険者 収入（年収）		万円		配偶者の 有無	※配偶者以外の申請の場合に記入 ☐ いる→年間収入 万円 ☐ いない		SHIONOGIグループ従業員 ☐ はい（氏名No.： 氏名： ） ☐ いいえ		
	被保険者居所 （都道府県から 記入）		〒 —		TEL：				☐ 住民票と同じ ☐ 住民票と異なる ☐ 単身赴任 ☐ その他の理由	
	フリガナ				性別	続柄		生年月日		
	家族氏名							☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日		
	家族個人番号（12 ケタ）※Eメールで提出する方は記入不可							異動年月日		
									令和 年 月 日	
	住民票住所（都道府県から記入）									
	〒 —									☐ 同居 ☐ 別居
	居所		※居所住所が住民票住所と異なる場合は記入 〒 —							
	異動理由 番号		1. 出生 2. 結婚 3. 退職 4. 失業給付金受給終了 5. その他（理由： ） 6. 任意継続被保険者の資格喪失					資格確認書 発行要否※		☐ 発行が必要
	医療費助成制度の有無				☐ あり→下記に記入 ☐ なし					
	受給資格のある助成制度				受給資格期間					
☐ 1. 老人医療費助成制度 ☐ 2. 障害者医療費助成制度 ☐ 3. ひとり親家庭医療費助成制度 ☐ 4. 特定疾患医療費助成制度 ☐ 5. その他（ ）				(和暦) ____ 年 ____ 月 ____ 日から 入・通院 ____ 年 ____ 月 ____ 日まで 入院のみ ____ 年 ____ 月 ____ 日まで ※ 転居や制度の変更などにより受給内容に変更が生じた場合は、健保組合へ必ずご連絡ください						
(添付書類) 被扶養者認定申請書(高校生以下の方を被扶養者として申請される場合は不要) ただし、異動理由が出生の場合で、配偶者があなたの被扶養者でない場合は配偶者の所得証明書 (源泉徴収票等)を添付してください。【原則、収入が多い方の扶養となるため】										
事業主受付		被保険者記入欄のみご記入ください。 ※資格確認書発行要否：資格確認書の発行が必要な場合（以下に該当する場合に限る） ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者								
健康 保 険 組 合 処 理 欄	健康保険被扶養者認定可否伺				備 考		登 録			
	上記健康保険被扶養者異動届（増）により 被扶養者として認定の可否を伺います。 可 ・ 否				健康保険組合受付					
	理事長	常務理事	主 任	係						