

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 除 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	健保 太郎			
	会社名	*****			事業所	*****			所属	*****			
	被保険者 収入 (年収)	*** 万円		配偶者の 有無	<input checked="" type="checkbox"/> いる → 年間収入 ** 万円 <input type="checkbox"/> いない			※配偶者以外の申請の場合に記入 → SHIONOGIグループ従業員 <input checked="" type="checkbox"/> はい (氏名No.: ***** 氏名: 健保 花子) <input type="checkbox"/> いいえ					
	被保険者居所 (都道府県から 記入)	〒 ***** ** 府 ** 市 ** 区 ** 町 * - *							配偶者の申請の場合は記入不要			<input checked="" type="checkbox"/> 住民票と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他の理由	
フリガナ	ケンボ イチロウ			性別	男		続柄	長男					
家族氏名	健保 一郎			男	長男		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 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	
住所	〒 ***** ** 府 ** 市 ** 区 ** 町 * - *											Eメールで提出する方は個人番号は記入できません。後日、別途届の提出が必要です。	
住所	〒 -											<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
異動理由 番号	5		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※	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要				
医療費助成制度の有無	<input type="checkbox"/> あり → 下記に記入 <input type="checkbox"/> なし												
受給資格のある助成制度	認定を受ける家族が、国・都道府県・市区町村の医療費助成制度を受給しているか否かを選択してください												
<input type="checkbox"/> 1. 老人医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 2. 障害者医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 3. ひとり親家庭医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 4. 特定疾患医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 5. その他 ()	乳幼児助成制度については記入不要です												
(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。				健康保険組合受付								
	可 ・ 否												
	理事長	常務理事	主任	係									

認定を受ける家族の氏名を記入してください

配偶者の申請の場合は記入不要

Eメールで提出する方は個人番号は記入できません。後日、別途届の提出が必要です。

事業主受付欄右の※を確認のうえ、発行を希望する場合にチェックを選択してください

認定を受ける家族が、国・都道府県・市区町村の医療費助成制度を受給しているか否かを選択してください

乳幼児助成制度については記入不要です