

増

減

健保受付印

2022.9 改

〒1130 デンソー健康保険組合 御中

健康保険被扶養者(異動)届

添付書類は裏面参照

Table with columns: 事務長・室長, 主務, 係員. Includes '健保組合' label.

- 1. この届は次の場合、必要書類を添付して5日以内に提出して下さい。
・ 初めて被保険者となった方が、被扶養者を申請する場合
・ 既に被扶養者の方が、新たに被扶養者を申請する場合
2. 健康保険法第217条により、虚偽の申請をしたり、職員の質問に答弁しなかったり、虚偽の答弁をした場合は、処罰されますのでご注意ください。
3. 被扶養者認定後は、厚生労働省の指導に基づき、毎年「被扶養者資格確認」を行いますので、ご協力下さい。
4. 氏名を本人自ら署名した場合には、本人の押印は不要です。

提出日： 令和 年 月 日

Main form for insured person: 健康保険被保険者証, 記号, 番号, ふりがな, 性別, 生年月日, 資格取得年月日, 従業員番号, 所属, 現住所, 住民票登録住所.

※ 個人情報保護に関しては、https://www.denso-kenpo.or.jp/policy をご覧下さい。なお、本帳票の記載事項(氏名・住所等)は「保健事業等の案内」「機関紙の発送」「給付金のお知らせ」に使用致します。

※ 続柄は省略せずに正確に記入して下さい。(例:妻、長男、二女、義父、養母 等)

Table for dependents: 被扶養者の異動記入欄. Columns include: 増減区分, 氏名, 続柄, 性別, 生年月日, 職業, 収入の有無と金額, 扶養始めた日又は扶養しなくなった日とその理由, 医療助成該当の有無と制度名, 認定・削除年月日.

勤務先保険証記載の「資格取得年月日」を記入 ※勤務先保険証(写)を添付してください。

勤務先(パート、アルバイト含む)で健康保険に加入された場合は「勤務先の健康保険に加入したため」とご記入ください。

Table for additional information: 事業主署名欄, 住民票照合, 死亡診断照合, 失業給付受給期間, 出産手当金, 標準報酬, 現在の保険, 異動入力, 保険証送付, 3号 高齢(仮), 住所入力.

経路 ① 株式会社デンソーの方 ② 株式会社デンソー以外の方 申請者・書記・健康保険組合 申請者・事業主・人事(総務)・健康保険組合