

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	担当者

* 2024年12月2日以降保険証は発行されません。マイナ保険証をお持ちの方には"資格情報のおしらせ"、お持ちでない方には"健康保険資格確認書"が発行されます。

* マイナンバーの記載は必須です！

* 記号・番号は、新入社員の方(定年再雇用も含む)でまだご自身の資格情報を受取っていない場合は記入不要です。

* 資格取得日＝入社日(再雇用日)

被 保 険 者	記号／番号	／		資格取得日	年	月	日	提出日	年	月	日
	フリガナ			事業所の所在地・名称・代表者印 *担当部門で記入しますので空白のままご提出ください。							
	氏名	姓	名								
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日									
	住所	〒 ー									
	電話番号	(携帯) (その他)									
	Email	@									

* 電話番号・Emailはこの申請に関する問合せに使用しますので、日中必ず連絡がつく番号・アドレスをご記入ください。

* 該当事由が入社の場合は入社日をご記入ください。

被 扶 養 者	種別	フリガナ／氏名		生年月日		性別	続柄	居住	該当するに至った日	該当事由	健康保険組合使用欄
	増 ・ 減	セイ 姓	メイ 名	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		男 ・ 女		同居 ・ 別居	平成 ・ 令和 年 月 日	入社・結婚・離婚・出生 就職・退職・死亡・その他 その他の事由	年 月 日 認定 ・ 削除
		個人番号(マイナンバー)									
	増 ・ 減	セイ 姓	メイ 名	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		男 ・ 女		同居 ・ 別居	平成 ・ 令和 年 月 日	入社・結婚・離婚・出生 就職・退職・死亡・その他 その他の事由	年 月 日 認定 ・ 削除
		個人番号(マイナンバー)									
	増 ・ 減	セイ 姓	メイ 名	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		男 ・ 女		同居 ・ 別居	平成 ・ 令和 年 月 日	入社・結婚・離婚・出生 就職・退職・死亡・その他 その他の事由	年 月 日 認定 ・ 削除
		個人番号(マイナンバー)									
	増 ・ 減	セイ 姓	メイ 名	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		男 ・ 女		同居 ・ 別居	平成 ・ 令和 年 月 日	入社・結婚・離婚・出生 就職・退職・死亡・その他 その他の事由	年 月 日 認定 ・ 削除
		個人番号(マイナンバー)									

申請者用 備考欄（伝達事項があればご記入ください。）

健康保険組合 備考欄

受 付 印

P & G グループ 健康保険組合

* 太枠内全てに記入し、必要書類を揃えて提出してください。

【提出先】 工場勤務の方：Plant HR、その他の方：JHQ 8F HRSS

健康保険被扶養者（異動）届

Health insurance dependent (change) application

常務理事	担当者

*Health insurance cards will not be issued after December 2, 2024. If you have a Myna Health Insurance Card, you will receive a “Notification of Qualification”; if you do not have a Myna Health Insurance Card, you will receive a “Health Insurance Eligibility Certificate”.

*My Number is mandatory!

*Date of qualification acquisition = Date of joining (date of re-employment)

*Kigou(記号) and Bangou(番号) do not need to be filled in if you are a new employee (including those rehired after retirement) and have not yet received certificate of qualification.

Employee	*Kigou / Bangou	/		*Date of qualification acquisition	年(Y)	月(M)	日(D)	Date of submission	年(Y)	月(M)	日(D)
	Katakana							Business location/name/representative seal *The department in charge will fill it out, so please leave it blank.			
	Name	Family name	First Name								
	Date of birth	昭和(Showa) ・ 平成(Heisei) 年(Y) 月(M) 日(D)									
	Address	〒 —									
	Phone	(Mobile) (Other)									
	Email	@									

*The phone number and email address will be used for inquiries regarding this application, so please fill in a number and email address where you can be reached during the day.

*If the relevant reason is joining the company, please enter the date of joining.

Dependents	Add ・ Remove	Type	Name		Date of birth			Gender	Relation	Residence	Date of becoming a dependent			Reason	Record by Health insurance association	
		Katakana/Alphabet	Katakana/Alphabet	Showa ・ Heisei ・ Reiwa			Male ・ Female		Living together ・ Living separately	Heisei ・ Reiwa			Joining the company, Marriage, Divorce, Birth, Employment, Retirement, Death, Others	年(Y) 月(M) 日(D)		
			Family name (Kanji or Alphabet or Katakana)	First Name (Kanji or Alphabet or Katakana)	Y	M				D	Y	M		D	Other reason	Add ・ Remove
			My Number (12 digits)													
	Add ・ Remove	Katakana/Alphabet	Katakana/Alphabet	Showa ・ Heisei ・ Reiwa			Male ・ Female		Living together ・ Living separately	Heisei ・ Reiwa			Joining the company, Marriage, Divorce, Birth, Employment, Retirement, Death, Others	年(Y) 月(M) 日(D)		
		Family name (Kanji or Alphabet or Katakana)	First Name (Kanji or Alphabet or Katakana)	Y	M	D				Y	M	D		Other reason	Add ・ Remove	
		My Number (12 digits)														
	Add ・ Remove	Katakana/Alphabet	Katakana/Alphabet	Showa ・ Heisei ・ Reiwa			Male ・ Female		Living together ・ Living separately	Heisei ・ Reiwa			Joining the company, Marriage, Divorce, Birth, Employment, Retirement, Death, Others	年(Y) 月(M) 日(D)		
		Family name (Kanji or Alphabet or Katakana)	First Name (Kanji or Alphabet or Katakana)	Y	M	D				Y	M	D		Other reason	Add ・ Remove	
		My Number (12 digits)														
	Add ・ Remove	Katakana/Alphabet	Katakana/Alphabet	Showa ・ Heisei ・ Reiwa			Male ・ Female		Living together ・ Living separately	Heisei ・ Reiwa			Joining the company, Marriage, Divorce, Birth, Employment, Retirement, Death, Others	年(Y) 月(M) 日(D)		
		Family name (Kanji or Alphabet or Katakana)	First Name (Kanji or Alphabet or Katakana)	Y	M	D				Y	M	D		Other reason	Add ・ Remove	
		My Number (12 digits)														

Remarks from a requester (Please fill in any matters to be communicated.)	Health insurance association notes section	Receipt stamp
	P&G Group Health Insurance Association	

*Please fill out everything within the bold frame and submit all required documents.

[Submit to] Employees working at Plants: Plant HR, others: JHQ 8F HRSS