

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	担当者

* 記号・番号は、新入社員の方(定年再雇用も含む)でまだご自身の保険証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。 (印)			
	氏名	姓	名								
	生年月日	昭和・平成		年	月	日					
	住所	〒		-							
	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。

種別	フリガナ/氏名 (*保険証の氏名表記は14文字まで)	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	メイ	男 ・ 女		同居 ・ 別居	昭和・平成・令和	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
	姓	名				年 月 日		
	個人番号(マイナンバー)							
	平成・令和	年 月 日						
増 ・ 減	セイ	メイ	男 ・ 女		同居 ・ 別居	昭和・平成・令和	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
	姓	名				年 月 日		
	個人番号(マイナンバー)							
	平成・令和	年 月 日						
増 ・ 減	セイ	メイ	男 ・ 女		同居 ・ 別居	昭和・平成・令和	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
	姓	名				年 月 日		
	個人番号(マイナンバー)							
	平成・令和	年 月 日						
増 ・ 減	セイ	メイ	男 ・ 女		同居 ・ 別居	昭和・平成・令和	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
	姓	名				年 月 日		
	個人番号(マイナンバー)							
	平成・令和	年 月 日						

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