

# 健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

## Notification of Changes of Non-Working Dependents (Health Insurance)

The conditions for certification as a dependent include that the dependent has a certain level of kinship with the insured person and that his/her livelihood is primarily dependent on the insured person's income.

事業所名称		事業主記入欄	事業主氏名	電話番号
事業所所在地				

Health Insurance Card  
Company Code (記号)  
Number (番号)

Date of Birth (Japanese Calendar)  
YY/MM/DD  
Showa(昭)/Heisei(平)/Reiwa(令)

Gender: Male(男)/ Female(女)

Employee Number/SSOID

Insured Person

Name (as it appears on the Residence Card)

Please write how to pronounce your name in katakana

Address

被保険者等	13	9999	生年月日	昭和 年 月 日	性別	男	社員番号 SSOID	123456789	標準報酬月額	151-0051	住所	5-23-5, Sendagaya, Shibuya-ku, Tokyo
-------	----	------	------	----------	----	---	------------	-----------	--------	----------	----	--------------------------------------

Dependent Information

Individual Number (My Number)

Relationship

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」氏名が変更の場合は「変更」を○で囲んでください。	(フリガナ) ケンポ	(氏) ケンポ	(名) ハナ	個人番号	123456789000	生年月日	昭和 年 月 日	性別	男	続柄	Wife	住所	〒 151-0051 5-23-5, Sendagaya, Shibuya-ku, Tokyo	Address	5-23-5, Sendagaya, Shibuya-ku, Tokyo	1.同居 2.別居	Reason of Addition (理由): Birth (1.出生) Leave a job (2.退職) Decrease in income (3.収入減) Live together (4.同居) Others (5.その他)	Reason of Removal (理由): Death (1.死亡) Get a job (2.就職) Increase in income (3.収入増加) Reached the age of 75 years old (4.後期高齢者) Others (5.その他)	職業 (職業) Without occupation (1.無職) Part-time worker (2.パート) Pension recipient (3.年金受給者) Elementary/Junior high school student (4.小・中学生以下) High school/University student (5.高・大学生) Others (6.その他)	年收	110	円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減	資格確認書 発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要
--	------------	---------	--------	------	--------------	------	----------	----	---	----	------	----	--	---------	--------------------------------------	--------------	--	---	--	----	-----	---	----	-----------------------	---------------	---

Addition of Dependent (該当)  
Date dependency commenced

Removal of Dependent (非該当)  
Date dependency ended

(Japanese Calendar) YY/MM/DD

被扶養者になった日	令和 年 月 日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生 6.その他	年收	円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減	資格確認書 発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要
被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他	備考					

Reason of Removal (理由):

Death (1.死亡)

Get a job (2.就職)

Increase in income (3.収入増加)

Reached the age of 75 years old (4.後期高齢者)

Others (5.その他)

配偶者の年収見込額 円

※被扶養者の「該当」と「非該当(変更)」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」、「変更」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

※Please submit separate applications for "addition" and "removal".

If the spouse of the insured person is not a dependent, please enter the spouse's annual income. (Example: When both parents work)

申上の事実と相違ありません。氏名

GE健康保険組合