

Health insurance card Sex: male/ female で Showa/Heisei 必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。

回收日： 年 月

記号	被保険者証番号	氏名	性別	生年月日	(Y/M/D)	被保険者現住所	Home telephone number
999	999999	Name 健保 元	男	03 02 20	999 9999	東京都 ○区 ○○ 9-9-9	自宅電話番号 (03) 9999 - 9999
被保険者の本籍会社 (出向者の場合は、出向元会社) / 所属部署 ※建物、階層、営業所、退被保険者は記入不要)					Daytime telephone number	Mail address	健保から直接ご連絡を致します) アドレスを記入してください
▽▽株 ○○TEC ○階 ××部 ×課					999-9999-9999	gen. kenpo@sony.com	
Circle "Deleted"					Sex: male/ female	Date dependency commenced (Y/M/D)	
申請区分	氏名	Birth Date (Y/M/D)	性別	続柄	職業	居住状況	異動年月日
追加	ケンポ ミホ	昭 年 月 日	男	妻	パート	同居	平成 29 年 1 月 1 日
削除	Name 健保 美保	04 05 10	女	妻	有 無	別居	平成 29 年 1 月 1 日
住変	対象となる被扶養者住所	被保険者と同じ					申請事由 当するものに ☒ をつけてください)
追加	Eligible dependents address	昭 年 月 日	Relationship	Income: yes/ no	平成 年 月 日	Select the applicable reason	
削除	対象となる被扶養者住所	平 年 月 日	有 無	別居	平成 年 月 日	婚 口出生 口退職	
住変	対象となる被扶養者住所	平 年 月 日	有 無	別居	平成 年 月 日	口就職 口死亡 (死亡日: 平 年 月 日)	
追加	追加: Added	昭 年 月 日	男	有 無	別居	平成 年 月 日	口失業給付受給開始 口その他/備考 ()
削除	削除: Deleted	平 年 月 日	女	有 無	別居	平成 年 月 日	口失業給付受給開始 口その他/備考 ()
住変	住変: Change address	平 年 月 日	女	有 無	別居	平成 年 月 日	口失業給付受給開始 口その他/備考 ()
追加	被保険者本人の入社: Because the insured entered the company	Regarding household: Same/ Different					本人の入社 口結婚 口出生 口退職
削除	結婚: Because got married 出生: Because a child was born	口失業給付受給開始 口その他/備考 ()					口失業給付受給開始 口その他/備考 ()
住変	退職: Because retired 就職: Because got a job	口失業給付受給開始 口その他/備考 ()					口失業給付受給開始 口その他/備考 ()
住変	死亡/死亡日: Because passed away/Death Date	口失業給付受給開始 口その他/備考 ()					口失業給付受給開始 口その他/備考 ()
住変	生業給付受給開始: To start receiving unemployment benefits	口失業給付受給開始 口その他/備考 ()					口失業給付受給開始 口その他/備考 ()

- * Please provide all requested information in the areas outlined in bold.
- * When applying to cancel coverage, please be sure to attach the health insurance card of the individual whose coverage is being cancelled.
- * If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	印

社会保険労務士の提出代行	* If the insured provides his or her seal need
	印