ho is with	drav	vn from membership.	-		*All the yea	rs s	hould be	<u>e writter</u>	in th	ne Japan	ese Cale	endar sy	<u>/stem</u>
健康货	引	被扶養者(異動)届	$\top$	記入	.見本(削)	斧	Submi	ssion Da	ato: l	[Doiwa]	Voarlin	10n+h]]	Date
						Ļ	Jubilii	331011 D	ite.	Inelwa	rear j[iv	iontinj	Date
Health Ins	urano	ce Card 『 Employee 『険者となった』	Furiga	na (in Kat	akana) 生じたとる	-	ender:			こ事業所			
Symbol	/ Nur		被扶養	者追加由	請は「健康保険報 of Insured Person	すだ	viale] / Female]	1)届」	と必:	要な書類	頂を全て	添えて	•
		入ください。		ivallie 0	I ilisureu Person	L	提出		和	<del>V</del>	〇月	<u> </u>	
		-番号 人、社員番号		被化	呆険 <mark>者氏名</mark>			<del>口                                    </del>	<u>ጥ</u>		年月1		
			フリガラ		ハナツバキ タロワ	ל	4		_		_ , , , , _		
0000	- (			オ	上棒 太郎			多男	● S	O.	年 〇 .	月 O	日
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		Date of Enrollment:						〇女	O F				
<b>資格取</b> ? ○ S	<u></u> 待牛.	[Silowa] /	一 被	保険者住	<u>所</u>					e of Bir owa] /	th:		
eu o = o = o [neisei] /									-		Year][N	/lonth1	l[Dat
OR		F O [Reiwa] [Year][Month][Date]			F				Ė		11		千円
申請対象者	フリ:	ガナ ハナツバキ ジロウ ←	Furiga	ana (in Ka	takana)		Addre	ss of Ins	ure	d Perso	n		
中間 <b>八多</b> 石		花椿 次朗 <	Name	of Deper	ndent who is enro	lle	d or wit	thdrawr	1				
## B B B				f Birth:			-		=		<b>-</b>	-	_
<b>生年月日</b> Gender:	05	<ul><li>●H ○R ○ 年 ○ 月 ○</li><li>品 「続柄(長男/長女等)</li></ul>	*		ei] / [Reiwa]      [Ye	ear	][Mont	h][Date	DR 1 ∓∓		年 <i>,</i> (E + 4)	月	日
[Male] / A	€	<b>为</b>	U #		the Insured Perso		1 '	<b>少</b> 为	; ብሃ	(文为/	<b>文</b> 义守	• )	
[Female]	0	女 二男← 何			1/5								
世帯の別		● 同居 ○ 別居		7 00/14	2 PARK III. (* 27			くださし			〇別	居	
居住区		●国内 ○海外 ( 4※		[in Japan]	/ [overseas] (	) <sup>~</sup>	please	see 1	bel	OW 夕	- (	)	<b>※</b> 1
		(有りの場合)	Does tl	_	(If Yes)					合)			
対象者の年間収入	<ul><li>有</li></ul>	○ 勤労収入 ○各種年金	Depen		[Earned income]	/ r	Doncior	incom	ol /	収入	○各種	年金	
対象者の年間収入 (有・無に●をつけ、有 の場合は今後1年間に 見込める収入全ての程 類と金額を配入)		() その他 ( )	income		[Other type of in				e] /	他			)
類と金額を記入)	〇無				,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			,		716			,
		【年間収入 200 万円】	[Yes] /		Total amount of		nual inc	ome is		八		万円	]
扶養開始日 または 終了日◆	令和	〇 年 〇 月 〇 日	[No]		( )0,000 JP (*For example, if t			io			月		日
		○1.入社(被保険者新規加入)			500,000JPY, please					>라/모 [/수	· <del>- 1</del> - 2 C + E	tn 3 \	
その理由:		○ 2.社員区分変更 ○ 3.再雇用	Start d	ate of de	pendent status /	ĪĦ			計員	」版体映 区分变®	活新規 更 ○3		3
	0	○ 4.出生 ○ 5.結婚 ○ 6.離婚			endent status	Ę.	C	0 4.1		〇 5.結			
加入または 削除(※2)に	加	○ 7.収入減 ○ 8.同居 ○ 9.廃業	[Reiwa	Year][M	onth][Date]	э	_			減 〇 8			
●のうえ理由を 異択してくださ	入	○ 10.退職 ○ 11.失業給付終了 ○ 12.扶養異動	[Enrolli	mentl	* / L   A - + + + -   D   .		7		很暗	t 01	1 失 業 約	合付終"	ጘ
, \			1.	-	company(Enrollm	en	t of the	Insure	d Per	rson)]			
			_	_	nployment status		3. Re-e	mploym	ent]				
A		● 1.就職			arriage] [6. Divor		a a tha n	1 [0 D:		tinuana	o of bu	cinocci	
	(	→新しい保険証の資格取得日◆ ○ 2.収入増 ○ 3.結婚			income] [8. Living ] [11. End of une					tillualit	e oi bu	siriessj	
ase put a	削				dependent status		,						
k on		○ 6.死亡 →死亡日の翌日◆	[13. Ot	her ( det	ail )]								±+
rollment]	除	○ 7.失業給付開始 ○ 8.扶養異動 ○ 9.その他 ( )	[Withd	rawal]			1 18-	> 1( ) / <del>-</del>	*- <del> 11</del>			X + <del>1 /1</del>	<b>共</b> 期
ithdrawal]		K	_		loyed] The date			ment in	a ne	ew insu	rance		,
olease see	令		[2. Increase of income] [3. Marriage]										
3 le - l \			[4. Living separately] [5. Divorce]  Lしてくだ [6. Death] The day after the date of death										
		<u>ま必ず事業所担当者が記人してくだ</u>	[7. Star	t of unen	nployment benef	itl	or ueat [8. Cha	nge of o	depe	ndent s	tatusl		
	地		_	er ( deta		-1		.65 51 (			,		
ason on e right side.							所属	事業所					
						ŀ							
事業主氏名							担	当					

Please fill in all the blanks in the bold frame.

## 【注意事項】

※1:日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を()内に記載し必要書類を提出してください。

※2:削除の申請の場合は、対象の被扶養者の保険証を添付してください。

Please attach the Insurance Card of the dependent

1 In the case that the dependent does not have a certificate of residence in Japan, please write the number of the applicable case (on the next page) in the blank between "overseas" and " 1", and attach the required documents.

2 In the case of withdrawal from membership, the Insurance Card of the dependent should be attached.

日本国内に被扶養者の住民票がない場合、被扶養者がいかいずれかの要件に該当するか確認いただき、該当する番号を表面の()内に記載して添付書類をつけて提出してください。

	例外該当理由	添付書類 ※すべて翻訳者の署名がされた日本語の翻訳文が必要です
1	外国において留学する学生	査証、学生証(または在学証明書、入学証明書等)の写 し
2	外国に赴任する被保険者に同行する者 【具体例】家族帯同ビザが発行されるもの	査証、海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し
3	観光、保護又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者 【具体例】留学する学生に同行する家族等 原則としてビザに有効期限があるもの	査証、ボランティア派遣機関の証明(または、ボランティアの参加同意書等)の写し
4	被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者との身分 関係が生じた者 【具体例】海外赴任中に生まれた被保険者の子供	出生や婚姻等を証明する書類等の写し
5	上記以外渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活 に基礎があると認められる者	健康保険組合へお問い合わせください。 03-6218-5375

	Reasons for exception	Required documents  All documents should be accompanied by Japanese translations with the translator's signature.				
1	Students studying abroad	Photocopy of visa, student identification card(or certificate of enrollment)				
2	Persons accompanying an insured person who is on an overseas assignment (e.g., a person who is issued an Dependent Visa).	Photocopy of visa, or Residence Certificate issued by an overseas public organisation, etc.				
3	Persons who travel abroad temporarily for the purpose of sightseeing, protection or volunteer work or other purposes except employment (e.g., a family member accompanying a student studying abroad).  Those whose visa has a validity period.	Photocopy of visa, proof of volunteer organisation (or volunteer's participation agreement, etc.)				
4	Persons whose relationship with the insured person arose while the insured person was on an overseas assignment (e.g., a child of the insured person who was born while the insured person was on an overseas assignment).	Photocopy of documents proving birth, marriage, etc.				
5	Persons who are recognized as having a basis for living in Japan in consideration of the purpose of travel and other circumstances except the above reasons.	Please contact the health insurance association. 03-6218-5375				