

健康保険 被扶養者異動届 ( 増加 **削除** ※ ) ※いずれかを囲んでください  
 Notification of Health Insurance Dependent (Delete)

就職したとき  
**In the case of employment**

この届出については、次の要件を満たしたものである。(相違なければ☑を入れてください)  
 確認欄 (被保険者)  申請者本人(被保険者) が作成し、誤りがないか確認したものである。  
 (事業主)  記載内容について誤りがないか事業主が確認したものである。

Check the box in the upper row if there is no discrepancy with the requirement that "This form has been completed by the insured and checked for errors." If the box is not checked, you will be asked to fill out the form again.

1 除者証の記号 <b>1234</b>	2 被保険者証の番号 <b>5678</b>	3 被保険者の氏名 (氏) <b>健保</b> (名) <b>太郎</b>	4 生年月日 昭和 年 月 日 平成 4 0 0 7 3 1 令和	5 性別 <b>男</b> 女	6 資格取得年月日 平成 年 月 日 令和
7 被保険者住所 〒0000 - 0000 <b>東京都00区00町1-1-1</b>	8 配偶者の有無 <b>有</b> 無	9 年間収入約 <b>0</b> 円	10 標準報酬月額	11 千円	12 標準報酬月額

7 被扶養者の氏名 刃がナ <b>ケンボ</b> (氏) <b>健保</b>	8 生年月日 昭和 年 月 日 平成 0 9 0 9 2 0 令和	9 性別 <b>男</b> 女	10 関係 <b>長男</b>	11 職業 <b>会社員</b>	12 同居・別居の区分 <b>同居</b> ・ 別居	13 養を始めた日 令和 0 2 0 4 0 1 またはしなくなった日	14 理由 <b>就職のため</b>	雇用保険受給の有無 (削除の場合不要) 受給開始年月日 有・無・申請中
---	--	-----------------------	--------------------	---------------------	-------------------------------	---	-----------------------	--

No entry is required for deletion.

1: Insurance Card Code/Number / 2:Name of Insured person / 3:Date of birth / 4:Gender (男:Male/女:female) / 5: Address of insured person  
 6:Married (有:Yes/無:No) / 7:Name of family member / 8:Date of birth / 9:Gender(男:Male女:female) / 10:Relationship / 11:Job or Grade  
 12:同居: Living together 別居: Separately / 13:The date on which you cease to provide support  
 14:Applicable reason (finding employment, divorce, Start receiving unemployment insurance)

刃がナ (氏)	昭和 年 月 日	男	円	同居 ・ 別居	令和 年 月 日	有・無・申請中
刃がナ (氏)	昭和 年 月 日	男	円	同居 ・ 別居	令和 年 月 日	有・無・申請中

Please attach the Health Insurance Card of the eligible dependent and, in the case of employment, a copy of the Health Insurance Card of the place of employment(front side only).  
 \*You may be asked to submit additional documents depending on the situation.

事業主記載欄	事業 事業 事業 電話番号	令和 年 月 日提出	受付日付印
--------	------------------------	------------	-------

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。  
 社内便の場合:SGT/CC 10025912/HR/健康保険証担当  
 社外の場合:〒108-0075 東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー  
 日本マイクロソフト(株) 人事本部 健康保険証担当