

小野薬品健康保険組合理事長 殿

提出先 ①社内便の場合 : 社員 ⇒ 人事部(人事二課) ⇒ 小野薬品健康保険組合

②メールの場合 : To : tos.yamamoto@ono.co.jp(人事部 山本) Cc : m.hisano@ono.co.jp(健保組合 久野) (※)

※ 証明書類等を添付(スキャナーやスマホ撮影の画像データ可)

記入見本

お手持ちの保険証番号を右詰でご記入下さい。  
(入社と同時に届出をされる場合は記入不要)

健康保険被扶養者(異動)届

被保険者欄	被保険者証の記号・番号	記号 10	番号 XXXX	フリガナ 氏名 ケンポ タロウ 健保 太郎	社員番号 XXXXXX	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 42年 10月 10日
	資格取得年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年 XX月 XX日	住所 〒 541-0045 TEL XX-XXXX-XXXX 大阪府大阪市中央区道修町X-X-X	この届出を する際 の標準 報酬	この届出を する際 の標準 報酬 以外の収入			

チェックを入れて下さい。

お手持ちの保険証に記載されている  
資格取得年月日をご記入下さい。  
(入社と同時に届出をされる場合は記入不要)

※ 現在お住まいの住所をご記入下さい。

チェックを入れて下さい。

被扶養者欄	増減の区分 <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減	フリガナ 氏名		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	続柄 子	同居別居の別 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居※	職業	今後1年間の 収入見込額 千円/年	扶養理由 ○する <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しなくなった	年月日	認定・抹消 年月日 保険者認定印
		ケンポ 健保	イチロウ 一郎									
					5年 12月 15日				千円/年	就職	1年 5月 1日	
					年 月 日				千円/年		年 月 日	
					年 月 日				千円/年		年 月 日	
					年 月 日				千円/年		年 月 日	

※ 被扶養者が別居の場合の住所

チェックを入れて下さい。

チェックを入れて下さい。

上記のとおり相違ないことを証明します。

所在地

事業所名

事業主代理人氏名

印

受付印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者