

健康保険被保険者被扶養者異動届

1. 新規取得 2. 帝人グループ健保適用事業所(会社)間の異動
 () → ()
 3. 帝人グループ健保任意継続加入者の新規取得

常務理事	事務局

(提出 令和 年 月 日)

- * 1. 新規取得の場合は、**被扶養者の証明書類を添えて**提出すること
- * 配偶者が加入せず、お子様のみ加入させる場合は、**配偶者の収入証明書類を添えて**提出すること

社員番号	
証記号	証番号

事業所(会社) _____
 所属(事業所) _____ 部 _____ 課 _____ 班 TEL () _____
 本人住所 〒 _____ TEL () _____

(フリガナ) 被保険者氏名	性別	元号	生年月日	年齢	資格取得日	公費	公費の種類
			年 月 日		令和 年 月 日		

(フリガナ) 被扶養者氏名	性別	続柄	元号	生年月日	年齢	住居同別	職業	公費	公費の種類	備考
				年 月 日						
				年 月 日						
				年 月 日						
				年 月 日						

上記該当者に関する各種給付金請求金額の受領については、事業主 _____ に委託します。

【記入事項】

- 氏名は漢字とフリガナを楷書で記入のこと <コード内容> (1)元号 5:昭和 7:平成 9:令和 (2)住居同別 0:同居 1:非同居
 - 続柄は具体的に(例:長男、長女) (3)職業 0:無 1:帝人 2:他職業有り 3:学生 (4)公費 0:無 1:有 *市町村の医療助成含む(例:乳幼児・障害者など)
- * 健康保険組合は必要に応じて、最新の住所情報を事業主より入手しますのでご承知おき下さい。
 - * なお個人情報の取り扱いについては、健康保険組合のホームページ(<http://www.teijinkenpo.or.jp/>)に記載しております。