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

＊ 配偶者は加入せず、ご家族を加入させる場合は、配偶者の収入証明書類を添えて提出すること

社員番号	
記号	番号

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

ﾌﾘｶﾞﾅ 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	＊資格確認書 (交付希望有無☑)
			年　月　日		令和　年　月　日			□要　□否

ﾌﾘｶﾞﾅ 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	＊資格確認書 (交付希望有無☑)	備考
				年　月　日						□要　□否	
				年　月　日						□要　□否	
				年　月　日						□要　□否	
				年　月　日						□要　□否	

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】

1. 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
2. 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)

＊ マイナンバーカードの保険証登録を行っていない方、又は健保の資格取得後、至急(10日程度以内に)医療機関の受診予定がある方は「資格確認書　要☑」にチェックを入れて下さい。

＊ 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(https://www.teijinkenpo.or.jp/)に記載しております。