健康保険被保険者
被扶養者異動届

代筆・代理申請不可

☑ 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

☐の箇所は、該当部分に☑を付けてください

2. は帝人G健保加入会社からの転籍時、または再雇用時に選択
（〇〇会社→△△会社転籍）（〇〇会社→〇〇会社再雇用）

提出 令和　5 年　4 月　1 日

＊ 1. 新規取得の場合は、**被扶養者の証明書類を添えて**

健保資格取得者（入社：OB雇用等含む）発生時に提出必要

配偶者は加入せず、ご家族を加入させる場合は、配偶者

社員番号	
記号	番号

事業所（会社）	帝人株式会社										
所属（事業所）	〇〇〇	部	△△△	課	□□□	班	TEL	000	－	000	－ 000
本人住所	000-0000	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3					TEL	111	－	1111	－ 1111

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☑）
テイジン　タロウ 帝人　太郎	男	7	6 年 3 月 5 日	30	令和 5 年 4 月 1 日	0		☐要　☑否

必ずチェックをしてください。

被扶養者として申請する者について記入（記入した者についての**証明書類を添付**して下さい）

市町村の医療助成の種類を記入し、その証明書（写）も添付してください。

					年齢	住居同別	職			資格確認書（交付希望有無☑）	備考
テイジン　リセ 帝人　リセ	女	妻	7	5 年 8 月 7 日	29	0	0	0		☐要　☑否	
テイジン　ケイト 帝人　慧斗	男	長男	9	1 年 7 月 3 日	3	0	0	1	乳幼児医療助成	☐要　☑否	
テイジン　ヨウコ 帝人　陽子	女	母	5	30 年 10 月 7 日	68	1	0	1	障がい者医療助成	☑要　☐否	
										☐要　☐否	

（1）～（4）は下記コード番号で記入

具体的に記入する。
・被扶養者の氏名はﾌﾘｶﾞﾅをつける
・続柄は具体的に（長男・長女）

給付金請求金額の受領については、事業主　帝人株式会社　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。