

Notification of Dependent(s) (Transfer)

健康保険被扶養者（異動）届

[Example] To be dependent Children, Other
Always submit the original of "Regular" and "Secondary"

Health Insurance Card Symbol		Health Insurance Card Number		Birth Date		Changes: Addition/Deletion	
被保険者証の記号	3003	被保険者証の番号	12345	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5 0 0 1 0 1	異動 ① 追加 ② 削除
氏名	ケンポ 太郎		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0 0 0 0 0 0	収入(年収)	
About dependent who is spouse		Name (with katakana)		Address		Insurance Status Acquisition Date	
		ケンポ ハナコ		〒 355-0028 埼玉県東松山市箭弓町〇-〇〇			

氏名	ケンポ ハナコ		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5 0 0 1 0 1	性別	1.男 2.女
続柄	妻	職業	無職	収入(年収)	0	住所	①同居 2.別居
被扶養者になった日	9.令和	0 1 1 2 0 1	被扶養者から除かれた日	9.令和		理由	11/30退職のため
当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考	Address of Insured (if living separately from the dependent)	

Date of Acquisition of Dependent Status								と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)							
氏名	(氏) (名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		性別	1.男 2.女								
続柄		職業		収入(年収)		住所	1.同居 2.別居								
被扶養者になった日	9.令和					被扶養者から除かれた日	9.令和								
住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上								

氏名	(氏) (名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		性別	1.男 2.女
続柄		職業		収入(年収)		住所	1.同居 2.別居
被扶養者になった日	9.令和					被扶養者から除かれた日	9.令和
住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上

【被保険者記載欄】日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。
令和 年 月 日 提出
【事業主記載欄】 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。 Date 受付年月日

事業所所在地	〒	Zip Code
事業所名称	Business Entity Address and Name	
事業主氏名	Name of Business Owner	
電話番号	Telephone Number	
社会保険労務士記載欄		

The personal information you provide is gathered to help the Bosch Health Insurance Society undertake its operations fairly and in accordance with the Health Insurance Law and relevant notifications. Under no circumstances will this personal information be provided to a third party or used for any purpose other than those stated above. In certain cases, we may contact you to seek clarification of details you have provided, or, if necessary, ask you to provide additional supporting documentation. Please address all inquiries concerning the handling of personal information, requests for disclosure of personal information, and so forth to the Bosch Health Insurance Society General Affairs Section (telephone: 0493-22-0890).
*To find out more about how we handle personal information, please refer to the "Privacy Policy" on our website. ポッシュ健康保険組合