

Please check before submitting. ☒ Required.
☒ Please attach the insured family member's insurance card or eligibility certificate. (Not required if expired)
☒ If a certificate of loss is needed, indicate this in the remarks section for the dependent.

Insured	Insurance Card No.	00000000000000000000		GUI	000000							
	Insured's name	フリガナ ケンボ ジロウ 健保 次郎				Date of birth	5 昭和 7 平成	年	月	日	Sex	男
	Address	〒 000-0000 00県00市3-2-1 00マンション201号室					098 (765) 4321					
	Qualification Acquisition date	7 平成 9 令和	年	月	日	(Employer entry field)	千円		* Not necessary to fill			

Dependent ①	Type	Removal	氏名	フリガナ ケンボ 健保	(氏)	ハルコ 春子	(名)	Date of Birth	昭和 平成 令和	年	月	日	Sex	男 女	Family Relation	長女
	Job	会社員		Annual Income	300万		House hold	cohabiting	Examples: start working, increased							
	Date you ceased to be a dependent	9 令和	年	月	日	<日付記入例> ・就職の場合＝就職日 ・死亡の場合＝死亡日の翌日 ・失業給付受給開始＝支給対象期間の初日			Reason	就職のため		Remarks	資格喪失証明書 発行希望			

Dependent ②	Type	Removal	氏名	フリガナ	(氏)	年	月	日	Sex	男 女	Family Relation		
	Job												
	Date you ceased to be a dependent	9 令和	年										

・ In the case of employment = date of employment
・ In case of death = the day after the date of death
・ Start of receiving unemployment benefits
= the first day of the payment period
The eligible family member will no longer be a dependent after the deletion date. If you use your EY Japan health insurance after that date, the health insurance society will charge you for reimbursement of

Dependent ③	Type	Removal	氏名	フリガナ	(氏)	Birth	9 令和	年	月	日	Sex	男 女	Family Relation		
	Job														
	Date you ceased to be a dependent	9 令和	年	月	日	<日付記入例> ・就職の場合＝就職日 ・死亡の場合＝死亡日の翌日 ・失業給付受給開始＝支給対象期間の初日			Reason			Remarks			

受付日付印

Employer	Company location	✖Employer's Certification Section	
	Company name	Leave it blank to the social labor corporation of the business site Submit it.	
	Name of the business owner	(After stamping at the contractor, it will be	
	Tel.		

この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2 か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か 月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か 月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の 執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの 訴えを提起することができます。

健保使用欄	常務理事	事務長	担当