

©Please note that if you do not check the box “Confirmation of eligibility Issuance Required”, the confirmation of eligibility will be valid for one month.

☒ Register for My Number
I did / I will

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長		担 当

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、審査請求の日から2月を超えて不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの手続き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と併せて送付し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(厚生労働省庁内)に対して行うことができます。処分の取消しの訴へは、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、健康保険協会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ません。)

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へを提起することができます。

©When adding, we require documents on family relationships and reasons. Please check it on our website.

Please register family's My Number in the My Number registration system of EY Share Point.

©When deleting, please enclose the insurance card or eligibility confirmation of the family member.

If you need a certificate of disqualification, please indicate this in the remarks column.

©Please note that if you do not check the box “Confirmation of eligibility Issuance Required”, the confirmation of eligibility will be valid for one month.

<Check ☒ before submission >

☐ Required documents are attached.

☐ Register for My Number

I did / I will

被保険者	Insurance Card No.	<input type="text"/> ○ <input type="text"/> - <input type="text"/> ○○○○	GUI	<input type="text"/> ○○○○○															
	Insured's name	フリガナ ケンボ タロウ							Date of birth	<input type="text"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年	<input type="text"/>	<input type="text"/> 月	<input type="text"/>	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> s	<input type="text"/> e	<input checked="" type="radio"/> 男
		健保 太郎								<input type="text"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> x
	Address	<input type="text"/> 〒 000-0000 ○○県○○市1-2-3 ○○マンション101号室										<input type="text"/> t	<input type="text"/> 012 (3456) 7890						
Qualification Acquisition date	<input checked="" type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年	<input type="text"/>	<input type="text"/> 月	<input type="text"/>	<input type="text"/> 日	(Employer entry field)	<input type="text"/>	<input type="text"/> 千円	* Not necessary to fill in.								

Dependent (1)	type	add	name	フリガナ (氏)	ケンボ	(名)	ハルコ	Date of birth	昭和 平成 令和	年	月	日	sex	男 女	Family Relationships	長女	
		deletion		健保	春子		〇		〇	1	2	0		1			女
	job	会社員		年収	300万	円	世帯 同居 別居	海外居住者は その理由	Examples: start working,								
		Date of becoming a dependent (add)	令和	年	月	日	Date you ceased to be a dependent. (Deleted) <input type="checkbox"/>	令和	〇	〇	0	4	0	1	Reason for	就職のため	remarks
資格確認書 発行要否	<p>The Certificate of Eligibility is issued to those who meet the following conditions and is valid for one year. (You need to apply for a new one if you need to issue one.)</p> <p>Conditions (*)</p> <ul style="list-style-type: none"> *Applicable person: • Whose have returned their My Number Card • Whose have not registered to use the Card or canceled registration. 																<p>Certificate with a validity period of one year must be issued</p> <p><input type="checkbox"/></p>

Dependent (2)	add deletion		name プリガナ (氏)		In the 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,	date 日	sex 男 女	Family Relations ships	
	job		annual income						
	Date of becoming a dependent (add)		令和	年					
	Confirmation of eligibility Issuance Required	The Certificate of Eligibility is issued to those who meet the requirements (*) and is valid for one year. (You need to apply for each renewal.) If you need to issue one, please fill out the <input checked="" type="checkbox"/> .				*Applicable person : • Whose have returned their My Number Card • Whose have not registered to use the Card or canceled registration. • Whose My Number Card has expired		Certificate with a validity period of one year must be issued <input type="checkbox"/>	

Dependent (3)	type	add	name		フリガナ (氏)		(名)		Date of birth	昭和 平成 令和	年	月	日	sex	男 女	Family Relationships	
		deletion															
	job				annual income			house hold	cohabiting separated	Reasons for overseas residents							
	Date of becoming a dependent (add)	令和	年	月	日	Date you ceased to be a dependent. (Deleted) <input type="checkbox"/>	令和	年	月	日	Reason for				remarks		
	Confirmation of eligibility Issuance Required	The Certificate of Eligibility is issued to those who meet the requirements (*) and is valid for one year. (You need to apply for each renewal.) If you need to issue one, please fill out the <input checked="" type="checkbox"/> .										*Applicable person : ・ Whose have returned their My Number Card ・ Whose have not registered to use the Card or canceled registration. ・ Whose My Number Card has expired					Certificate with a validity <input type="checkbox"/> period of one year must be issued

E m p l o y e r	Company location	<div>  Employer's Certification Section Leave it blank to the social labor corporation of the business site Submit it. (After stamping at the contractor, it will be </div>
	Company name	
	Name of the business owner	
	Tel.	

受付目付印

へ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)内に対して再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、審査官の決定書原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、その裁判があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合と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ません。)

なお、再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、執行等に関する著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を最終と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