EY Japan健康保険組合 Health Insurance Dependents (Change) Term□ <Check ☑ before ⊚When adding, we require documents on family relationships and reasons. Please check it on our website. submission > Please register family's My Number in the My Number registration system of EY Share Point. Required documents ⊚When deleting, please enclose the insurance card or eligibility confirmation of the family member. are attached. If you need a certificate of disqualification, please indicate this in the remarks column. ✓ Register for My ⊙Please note that if you do not check the box "Confirmation of eligibility Issuance Required", Number the confirmation of eligibility will be valid for one month. I did / I will O 0000 GUI 00000 Card.No. タロウ フリガナ Date 男 Insured's 昭和 健保 太郎 0 0 birth 平成 **∓** 000−0000 012 (3456) 7890 Address е 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション101号室 d 日 (Employer entry fiel Qualification Standard monthly Acquisition O 0 0 \* Not necessary to fill in. 0 date 令和 remuneration フリガナ ケンポ ジロウ add Date Family (氏) (名) 男 平成 0 m 0 birth deletion **Examples: Joining EY,** 令和 Birth, Marriage, cohabiting house Reasons for annual 未就学児 **Retirement Employment** 0 hold overseas residents separated 円 of insured persons, etc. 日 Date you ceased to be becoming a Reason 令和 令和 出生のため remarks O 0 2 0 a dependent (add) (Deleted)□ Certificate \*Applicable person: The Certificate of Eligibility is issued to those who meet the requirements (\*) with a validity Whose have returned their My Number Card period of one Whose have not registered to use the Card or canceled registrat vear must be hose My Number Card has expired sued Only if you meet the conditions and 昭和 need to issuePlease check 

✓. See the following sheet 平成 birth **介和** for an example of how to fill out a dependent deletion entry d 月 Reason for Certificate The Certificate of Eligibility is issued to those who meet the requirements (\*) with a validity of eligibility · Whose have returned their My Number Card 2 and is valid for one year. (You need to apply for each renewal.)) period of one Issuance · Whose have not registered to use the Card or canceled registration. If you need to issue one, please fill out the  $\checkmark$   $\square$ . year must be Required ·Whose My Number Card has expired フリガナ add 昭和 Date Family 男 (名) (H.) 平成 Relation m # ships deletion cohabiting Reasons for annual house hold income overseas residents separated 円 日 Date you Date of ceased to be Reason becoming a 令和 **会和** remarks dependent a dependent (Deleted)□ (add) Certificate Confirmation \*Applicable person: The Certificate of Eligibility is issued to those who meet the requirements (\*) with a validity of eligibility · Whose have returned their My Number Card period of one and is valid for one year. (You need to apply for each renewal.)) Issuance · Whose have not registered to use the Card or canceled registration. If you need to issue one, please fill out the  $\checkmark$   $\square$ . year must be Required ·Whose My Number Card has expired ssued 受付日付印 Company **XEmployer's Certification Section** location Company Leave it blank to the social labor corporation of the name

Name of the business owner

business site Submit it.

(After stamping at the contractor, it will be

この処分に不服があるときは、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 審量目の人民という。 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	常務理事	事務長	担当
保使用			
欄			

PI	hen adding, ease registe hen deleting you need a ease note tl a confirmation	*	<check before="" submission="" ☑=""> ☐ Required documents are attached. ☐ Register for My Number ☐ did / I will</check>			
	Insurance Card.No.	O · 0000 GUI 00000				
被保険者	Insured's name	フリガナ ケンボ タロウ <b>健保 太郎</b> Date of birth 平成 C	年 〇	月 O	0 0	s e x
者	Address	〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション101号室	01	2 ( 34	<b>56</b> ) '	7890
	Qualification Acquisition date	年 月 日 (Employer entry fiel 千円				
D e p e	t add y p deletion	n フリガナ ケンポ ハルコ Date of birth を	1	- 73	Family Relation ships	長女
n d	j o b	社員       年 収       300万       世帯 同居 所別居       海外居住者はその理由       Examples: s	start wo	rking,		
e n t	Date of becoming a dependent (add)	年 月 日 Date you ceased to be a dependent. (Deleted) 口 令和 〇 〇 0 4 0 1 Reason for 就職のため	remar	<b>資</b>		た証明書 希望
<u>1</u>	資格確認書 発行要否	*Applicable person:  Whose have returned their My Number Card  Whose have not registered to use the Card of  In the case of employment = date of employment	or cancele	d registratio	on.	Certificate with a validity period of one year must be issued
D e p e	t add y p deletion	n フリガナ (氏)  In case of death = the day after the date of death  Start of receiving unemployment benefits			Family Relation ships	
n d	j o b	annual income = the first day of the payment period				
e n t	Date of becoming a dependent (add)	年 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	е,	remarks		
2	Confirmation of eligibility Issuance Required	*Applicable person:	or cancele	d registratio	on.	Certificate with a validity period of one year must be issued
D e	t add	n フリガナ		- 73	Family Relation	
p e	deletion	annual house cohabiting Reasons for		× 女	ships	
n d e	o b Date of	income				
n t	becoming a dependent (add)	令和 ceased to be a dependent. (Deleted)□		remarks		
3	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	or cancele	d registratio		Certificate with a validity period of one year must be issued
E m p	Company location Company	<b>※Employer's Certification Section</b>		受	付日付印	ı \
0 V	name  Name of the business	Leave it blank to the social labor corporation of the business site Submit it.				
e e	owner	(After stamping at the contractor, it will be				

この処分に不服があるときは、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、決定又は越決の日から1年を選したときは、提起することができな、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で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。

(注	常務理事	事務長	担当
健保使用			
用用			
欄			