

# 健康保険被扶養者届 (異動届)

※ 太枠内の記入と事業所 (総務・人事) 経由で提出して下さい。

平成 年 月 日 提出

①保険証の記号・番号	記号	番号	フリガナ		③印						
			②氏名								
④被保険者資格取得日	昭和・平成	年	月	日	⑤生年月日	昭和・平成	年	月	日生	⑥性別	男・女
⑦被保険者の自宅住所	〒									〔発行通番〕	
	電話 (自宅):									(携帯):	
⑧ 事業所名 (会社名)			⑧勤務箇所の住所		〒		〔備考〕				
⑧ 勤務箇所名							電話:				
被扶養者として増員又は減員の方	フリガナ	⑩区分	⑪生年月日			⑮年金受給の有無	⑰同別居	⑱住所	⑲対象日	⑳対象事由	〔発行通番〕
	⑨氏名		⑫続柄	⑬性別	⑭職業	⑯年収見込額 (年金を含む)					
		増・減	昭和・平成 年 月 日			有・無	同・別	〒	平成 年 月 日		
				男・女		万円		電話 (自宅): (携帯):			
	増・減	昭和・平成 年 月 日			有・無	同・別	〒	平成 年 月 日			
			男・女		万円		電話 (自宅): (携帯)				
	増・減	昭和・平成 年 月 日			有・無	同・別	〒	平成 年 月 日			
			男・女		万円		電話 (自宅): (携帯)				

【注】 1. 被扶養者届に必要な書類 (「被扶養者を申請するときの添付書類」「被扶養者を削除するときの添付書類」) を添付し、事業所経由で提出して下さい。

任継の方は⑧の記入は不要です、上記、必要書類を添付の上、直接、健保組合へご提出ください。

2. 提出書類が、整っていても、審査によって必ず、認定されるものではありませんので、予めご了承ください。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	④
電話	( 局) 番

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	業務係長	係員

受付日付印
-------

