

注意事項

- ① 住所変更の場合は、二重線内のみ記入してください。
- ② 続柄は「妻」「長男」「養子」「実父」「養父」等正しく書いてください。続柄は被保険者証に掲載しません。
- ③ 職業欄は「主婦」「年金受給者」「小学生」「中学生」、16歳以上学生の場合は「高校・大学〇年」、「無職」「パート」「アルバイト」等記入してください。
- ④ 収入のある方は必ず収入月額を記入してください。非課税対象となる年金(障害・遺族)失業給付、傷病手当金も含まれます。
- ⑤ 扶養の理由は「結婚」「出生」「就職」「退職」「離婚」「死亡」などの事実を具体的に書いてください。
- ※ 印欄は記入しないでください
- ☆ 異動届に必要とする添付書類は必ず添付してください。
- ☆ 減少の場合は健康保険被保険者証を添付してください。

健保組合決裁欄

常務理事	事務長		担当者

# 健康保険被扶養者異動届

平成 年 月 日提出

区分 (〇で囲むこと)	新規	増加	減少	住所変更					
被保険者 記号番号	記号	番号	(フリガナ) 被保険者 氏名	(氏) (名) (印)	被保険者 生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者住所	〒				所属				
自宅電話番号	( )				内線・外線				

被扶養者の氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	注② 続柄	注③ 職業	注④ 収入月額	同居 別居	扶養者となった日 扶養者でなくなった日 (必ず記載)	注⑤ 理由	※ 事業主記入欄	※ 健保記入欄 認定年月日	
(氏) (名)	男	年 月 日				同別	年 月 日			年 月 日	
	女	昭和 平成				同別	平成			平成	
(氏) (名)	男	年 月 日				同別	年 月 日			年 月 日	
	女	昭和 平成				同別	平成			平成	
(氏) (名)	男	年 月 日				同別	年 月 日			年 月 日	
	女	昭和 平成				同別	平成			平成	
(氏) (名)	男	年 月 日				同別	年 月 日			年 月 日	
	女	昭和 平成				同別	平成			平成	
別居の被扶養者の現住所 自宅電話番号	対象者名	〒						電話番号	( )		

【収集する個人情報について】本届出に記入された個人情報は、健康保険業務以外には使用いたしません。

受付日付印

上記の届について事実と相違ないこと証明いたします。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	(印)
----------------------------------	-----

平成 年 月 日

日本電子健康保険組合 殿

※事業主控え分のコピーは個人番号を消したものを付けてください 日本電子健康保険組合