

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | |

記入例
減少の場合

健康保険被扶養者異動届

必ず
ご捺印ください

平成 ○ 年 △ 月 □ 日提出

| | | | | |
|----------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------------|--|
| 区分 (○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 15 | 番号 999 | (フリガナ) 被保険者 氏名 ケンボ 健保 | (氏) 太郎 太郎 |
| 被保険者住所 | 〒 111-2222 東京都〇〇市△△1-2-3 | | | 被保険者 生年月日 昭和 平成 ○ ○ 年 △ △ 月 □ □ 日 |
| 自宅電話番号 | 1 1 1 1 (2 2 2 2) 3 3 3 3 | | | 所属 〇〇本部 △△部 内線・外線 1234 |

| 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) ケンボ (名) サクラ | 男 | 昭和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 | 妻 | 会社員 | 15万円 | 同別 | 平成 ○ ○ 年 △ △ 月 □ □ 日 | 就職 | | 平成 年 月 日 |
| (氏) 健保 (名) さくら | 女 | 昭和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 | | | | 同別 | 平成 ○ ○ 年 △ △ 月 □ □ 日 | | | 平成 年 月 日 |
| (氏) (名) | 男 | 昭和 年 月 日 | | | | 同別 | 平成 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 |
| (氏) (名) | 女 | 平成 年 月 日 | | | | 同別 | 平成 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 |
| (氏) (名) | 男 | 昭和 年 月 日 | | | | 同別 | 平成 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 |
| (氏) (名) | 女 | 昭和 年 月 日 | | | | 同別 | 平成 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 |
| 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 | () | |

書類は事業主にご提出ください。

被扶養者でなくなった日を必ず記入してください。
例えば・・・
①勤務先でもらった被保険者証の資格取得日
②収入が増えた日(働き始めた日)
③失業保険を貰い始めた日
④離婚した日 など・・・

【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