

常務理事	事務長		担当者

記入例
新規の場合

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 健保 さくら	男 女	昭和 平成 ○ ○ 年 △ 月 □ 日	妻	無職	なし	同 別	平成 ○ ○ 年 △ 月 □ 日	入社のため		平成 年 月 日	
(氏) けんぼ (名) 一郎 健保 一郎	男 女	昭和 平成 ○ ○ 年 △ 月 □ 日	長男	高校2年	なし	同 別	平成 ○ ○ 年 △ 月 □ 日	入社のため		平成 年 月 日	
(氏) (名)		年 月 日				同 別	平成 年 月 日			平成 年 月 日	
(氏) (名)		昭和 平成 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	()			

「子」ではなく
「長男」「長女」等ご記入ください

書類は事業主にご提出ください。

【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	(印)
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

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