

常務理事	事務長		担当者

記入例
住所変更(世帯全員)

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 <small>(○で囲むこと)</small>	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	タロウ 太郎	被保険者 生年月日	昭和 平成	〇 〇 年	△ △ 月	□ □ 日	
被保険者住所	〒 111-2222 東京都〇〇市△△1-2-3					所属	〇〇本部 △△部				
自宅電話番号	1 1 1 1 (2 2 2 2) 3 3 3 3					内線・外線	1234				

新住所を
ご記入ください

被扶養者の氏名 <small>(フリガナ)</small>		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 <small>(必ず記載)</small>	注⑤ 理由	※ 事業主記入欄	※ 健保記入欄 認定年月日
(氏) (名)	男	昭和 平成	年 月 日				同 別	平成			平成
(氏) (名)	女	昭和 平成	年 月 日				同	平			平成
(氏) (名)	男	昭和 平成	年 月 日				同				平成
(氏) (名)	女	昭和 平成	年 月 日				同				平成
(氏) (名)	男	昭和 平成	年 月 日				同	平成			平成
(氏) (名)	女	昭和 平成	年 月 日				同				平成

書類は事業主にご提出ください。

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	
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