

常務理事	事務長		担当者

**記入例**  
**出生増加の場合**

**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	<b>増加</b>	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
被保険者 生年月日	昭和 平成	○ ○ 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

被扶養者の氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	注④ 続	注⑤ 理 由	※ 事業主記入欄	※ 健保記入欄 認定年月日
ケンボ 健保	男 女	昭和 平成	次男 なし	出生のため		平成
新たに生まれたお子さまのみ記入してください。						
	男 女	昭和 平成	同 別			平成
書類は事業主にご提出ください。						
	男 女	昭和 平成	同 別			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	(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