

常務理事	事務長		担当者

記入例
死亡の場合

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 <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	(氏) 太郎	タロウ (名) 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 <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) ケンボ	(名) ウメ	男	昭和	母	無職	なし	同別	平成 ○○ 年 △ 月 □ 日	死亡		平成	
(氏) 健保	(名) ウメ	女	平成 ○○ 年 △ 月 □ 日				同別	平成			平成	
(氏)	(名)	男	昭和				同別	平成			平成	
(氏)	(名)	女	平成				同別	平成			平成	
(氏)	(名)	男	昭和				同別	平成			平成	
(氏)	(名)	女	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	()	

書類は事業主にご提出ください。

亡くなった日の翌日をご記入ください。

【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つけてください 日本電子健康保険組合