

健康保険 被扶養者異動届

| | | | |
|------|-----|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
| | | | |

※太枠内のみご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|------|------------|----------|-------|--|--------|----------|-------------|-------------|---------|---------------------|----|
| 被保険者証 記号・番号 | 記号 | ○ | 被保険者 氏名 | ケンボ タロウ | | | 性別 | 生年月日 | | | 資格取得年月日 | | |
| | 番号 | ○○○○ | | 健保 太郎 | | | 男 女 | 昭和 平成 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| 被保険者 の住所 | 〒 住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 | | | 社員 番号 | ○○○○○ | | | 本人年取※ | 配偶者年取 | | | 標準報酬 月額 【健保欄】 | 千円 |
| | 電話番号： | | | | | | | 約 500万円 | 約 200万円 | | | | |

※入社して間もない場合は今後の年間収入見込額をご記入ください。

| 被扶養者の氏名 | 生年月日 | | 性別 | 世帯 | 続柄 | 被扶養者になった日 | 被扶養者から除かれた日 | 職業 | 失業給付 の状況 | 年金の受給 | 理由 |
|-------------------|----------------|-------------|--------------|----------|----|-------------|-------------|---------|--|--------|-------|
| | 個人番号 | 年間収入見込額 | | | | | | | | | |
| ケンボ ハナコ (氏)(名) | 昭和 平成 | 年 月 日 | 1. 男 2. 女 | 同居 別居 | 妻 | 年 月 日 | 年 月 日 | 無職 0 | 1. 受給申請中 2. 受給終了 3. 受給延長中 4. 受給しない 5. 適用除外 | 有 無 | 退職のため |
| 健保 花子 (氏)(名) | 昭和 平成 令和 | 0 3 1 2 0 5 | 1. 男 2. 女 | 同居 別居 | | 3 0 0 4 1 1 | | | | | |
| ケンボ (氏)(名) | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 1. 男 2. 女 | 同居 別居 | | 年 月 日 | 年 月 日 | | 1. 受給申請中 2. 受給終了 3. 受給延長中 4. 受給しない 5. 適用除外 | | |
| 健保 (氏)(名) | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 1. 男 2. 女 | 同居 別居 | | 年 月 日 | 年 月 日 | | 1. 受給申請中 2. 受給終了 3. 受給延長中 4. 受給しない 5. 適用除外 | 有 無 | |

扶養を始めた日(事由発生日)をご記入ください。
 被保険者が入社した場合→入社日
 婚姻の場合→婚姻日
 退職の場合→退職日の翌日

届出の理由をご記入ください。
 入社前から継続扶養
 婚姻
 出生
 収入減
 雇用保険受給終了 など

| | | |
|------------|--------|--|
| 事業所の 確認 | 事業所所在地 | |
| | 事業所名称 | |
| | 事業主氏名 | |
| | 電話 | |

〈注意事項〉

提出先 各人事担当課へ

提出期限 異動を生じた日から5日以内

添付書類 被扶養者現況表(増加の場合のみ)
 被扶養者現況表に記載の必要書類(増加の場合のみ)

増加の場合は被扶養者現況表と必要書類を忘れずに添付してください。

被扶養者の増加の場合、申請する対象者のみ記入してください。
 被扶養者の減少の場合、対象者の被保険者証を添付してください。

年 月 日提出
 受付日付印