

記入見本

お手持ちの保険証番号を右詰でご記入下さい。
(入社と同時に届出をされる場合には記入不要)

健康保険被扶養者(異動)届

被保険者欄	被保険者証の記号・番号	記号 10	番号 XXXX	フリガナ 氏名 ケンポ タロウ 健保 太郎	社員番号 XXXXX	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 42年 10月 10日
	資格取得年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 XX年 XX月 XX日 <input type="checkbox"/> 令和	住所 〒 541 - 0045 TEL XX - XXXX - XXXX 大阪府大阪市中央区道修町X-X-X		この届出を する際の 標準報酬 をの 届出を する際の 標準報酬 以外の収入			

※ 現在お住まいの住所をご記入下さい。
大阪府大阪市中央区道修町X-X-X

チェックを入れて下さい。

チェックを入れて下さい。

増減の区分	フリガナ		性別	生年月日	続柄	同居別居の別	職業	今後1年間の収入見込額 千円/年	扶養	認定・抹消年月日 保険者認定印
	氏名	氏名							理由および年月日	
<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	ケンポ 健保	ハナコ 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 45年 11月 1日	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居*	無職	0	<input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しなくなった 退職 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1年 5月 1日	
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居*			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居*			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居*			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	

※ 被扶養者が別居の場合の住所
〒 -

チェックを入れて下さい。

チェックを入れて下さい。

事業所欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

所在地
事業所名
事業主代理人氏名

□ この届出については被保険者が作成したものである。

受付印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者