

健康保険被扶養者(異動)届

平成 年 月 日提出

決 裁			

被 保 険 者	被保険者証 の 記号と番号	記号 - 番号 10-	氏名 と印		生 年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日	性 別	男 女	
	住 所	〒 -				資 格 取 得 日	昭・平 年 月 日			
	この届出を出す際の 標準報酬月額	千円		この届出を出す際の 総合所得月額	円		※資 格 喪 失 日	年 月 日		
	勤務している事業所 の名称・所在地	名 称	愛知製鋼株式会社			所 在 地	〒476-8666 愛知県東海市荒尾町ワノ割1番地			

該当に ○ 印	(フリガナ) 氏 名	性 別	生 年 月 日	続 柄	職 業	年 間 収 入 見 込	年 金 受 給 の 有 無 (有の場合は年金額を 記入してください)	同 居 ・ 別 居 の 別	開 始 ・ 終 了 の 別	扶 養 開 始 日 又 は 終 了 日 の 翌 日	扶 養 開 始 又 は 終 了 の 理 由
増・減		男・女	明大昭平 年 月 日			万円	有 ・ 無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
増・減		男・女	明大昭平 年 月 日			万円	有 ・ 無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
増・減		男・女	明大昭平 年 月 日			万円	有 ・ 無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
増・減		男・女	明大昭平 年 月 日			万円	有 ・ 無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
増・減		男・女	明大昭平 年 月 日			万円	有 ・ 無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	

扶養から外れる場合、必ず、健康保険証を返却して下さい。

(注意事項)

1. ※印欄は記入しないで下さい。
2. 学生の場合は「職業」欄に「〇〇校〇学年」と記入して下さい。
職業欄には文字にこだわらず小学六年、中学二年、高校三年、大学一年、ミシン内職、新聞配達、利子収入等具体的に記入して下さい。
3. 続柄欄には妻、内縁の妻、実父、長男、孫、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
4. 理由欄には扶養になった或いは、ならなくなった理由として、結婚、出生、就職、失業、家事手伝、妊娠、不具疾病、死亡、養子縁組等事実を具体的に記入して下さい。
5. 年金受給者は年金額(年額)を記入して下さい。

受付日付印