

【提出ルート】 本人 ⇒ 人事部 福利厚生室 ⇒ 健康保険組合

健康保険被扶養者(異動)届

平成 年 月 日提出

常務理事	事務長	担当	担当

被保険者証 の 記号と番号	記号一 番号	被保険者氏名	愛知	太郎	Ⓜ	生年月日	昭平	43年 12月 25日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	
	10 — 123456						平			<input type="checkbox"/> 女	
住 所	〒476—0000	従業員番号				資格取得年月日	昭平	2年 4月 1日			
	東海市荒尾町〇〇1-1						平				
会社名	愛知製鋼株式会社		会社所在地	〒476—8666			愛知県東海市荒尾町ワノ割1番地				入社年月日

■ 以下は、今回申請される方のみご記入下さい

区分	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input checked="" type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他()	年間収入 見込	0 万円				
<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	お子様が生まれた時	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	昭平 30年 6月 1日	年金受給の有無 (有の場合は年金額を記入してください)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 () 円	扶養開始日または 終了日の翌日	平成 30年 6月 1日				
				同居・別居 の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養または 終了の理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減 その他()				
区分	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input checked="" type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他()	年間収入 見込	250 万円				
<input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減	お子様が就職された時	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭平 8年 10月 15日	年金受給の有無 (有の場合は年金額を記入してください)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 () 円	扶養開始日または 終了日の翌日	平成 30年 4月 1日				
				同居・別居 の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	扶養または 終了の理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減 その他()				
区分	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他()	年間収入 見込	万円				
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭平 年 月 日	年金受給の有無 (有の場合は年金額を記入してください)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () 円	扶養開始日または 終了日の翌日	平成 年 月 日				
				同居・別居 の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養または 終了の理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減 その他()				

扶養から外れる場合は、必ず健康保険証を添付して下さい。

(注意事項)

1. ボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正箇所には訂正印を押して下さい。
2. 年金受給者は年金額(年額)を記入して下さい。

健保受付印	事業所受付印