

常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者異動届

届出が1カ月以上遅れた場合は、原則当組合への書類到着日付で認定します。加入日は原則として遡りません。
また、書類不備・添付書類不足も認定が遅れますので必ず不備・不足がないことを確認のうえご提出ください。

異動の別	1.追加 2.削除
------	--------------

被 保 険 者 欄	健康保険 事業所記号	被保険者 番号	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女	配偶者	有・無
	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	資格取得 年月日	7.平成	年	月	日	標準報酬 月額	千円
		住所			〒		電話番号				

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
		個人番号 12桁 必須											
	続柄	職業	収入見込 (年収)	円	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※マイナ保険証をお持ちでない方、マイナンバー カードの電子証明書有効期限切れの方に限りです							
	住所 (居所)	1.同居 別居の場合 〒	住所 (住民票)	〒		※居所と同じ場合 は同左と記入							
被扶養者 になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者で なくなった 日	9.令和	年	月	日	理由	(年 月 日)	回収 区分	添付 返不能 滅失

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
		個人番号 12桁 必須											
	続柄	職業	収入見込 (年収)	円	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※マイナ保険証をお持ちでない方、マイナンバー カードの電子証明書有効期限切れの方に限りです							
	住所 (居所)	1.同居 別居の場合 〒	住所 (住民票)	〒		※居所と同じ場合 は同左と記入							
被扶養者 になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者で なくなった 日	9.令和	年	月	日	理由	(年 月 日)	回収 区分	添付 返不能 滅失

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
		個人番号 12桁 必須											
	続柄	職業	収入見込 (年収)	円	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※マイナ保険証をお持ちでない方、マイナンバー カードの電子証明書有効期限切れの方に限りです							
	住所 (居所)	1.同居 別居の場合 〒	住所 (住民票)	〒		※居所と同じ場合 は同左と記入							
被扶養者 になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者で なくなった 日	9.令和	年	月	日	理由	(年 月 日)	回収 区分	添付 返不能 滅失

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 提出

事業所	〒	—
所在地		
事業所 名称		
事業主 氏名		
電話番号	()	

認定 (削除)	年 月 日
年 月 日	年 月 日

受 付 日