

正

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		係員

被 保 険 者	被保険 者証の	記号 番号		氏名 と印		生年 月日	明・大 昭・平	年	月	日	性別	男	女
	住 所					資格取得年月日	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 標準所得月額	円	※資格喪失年月日		昭・平 年 月 日						
被 扶 養 者	氏 名	性別	生 年 月 日	続柄	職業	年間所得 見込	年金受給の有無 (年金額を記入)	同居・別 居の別	開始・終 了の別	扶養開始または 終了の年月日	扶養の開始また は終了の理由		
	(フリガナ)		男・女	明 大 昭 平	年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)		男・女	明 大 昭 平	年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)		男・女	明 大 昭 平	年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)		男・女	明 大 昭 平	年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)		男・女	明 大 昭 平	年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)		男・女	明 大 昭 平	年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)		男・女	明 大 昭 平	年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	

事業所所在地	〒 -	平成 年 月 日	受付日付印
事業所名称		健康保険組合理事長	
事業主氏名			

- 1.※印欄は記入しないで下さい。
- 2.この届書を提出するときは、健康保険者証を添付して下さい。(資格取得時は除く)
- 3.職業欄には文字に拘らず、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。
- 4.続柄欄には妻,内縁の妻,実父,妻の実父,長男,孫,養母,妻の姉,弟等詳しく記入して下さい。
- 5.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,出産,失業,家事手伝い,不具廃疾,死亡,養子縁組等事実を具体的に記入して下さい。