

健康保険被扶養者(異動)届

(正)

| | | | | | | | | | |
|--------|------------------|--|-------------|--|--------|--|--------|--|---|
| 決 議 | 常 務 理 事 | | 事 務 長 | | 係 長 | | 主 任 | | 係 |
| 通 知 | | | | | 年 月 日 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|---------------|--|--|------------------------|--|--|-------|--|------------------------|--|--|------------------|--|
| 健康保険被保険者証 | | 被 保 険 者 の 氏 名 | | | ④ 生 年 月 日 | | | ⑤ 性 別 | | ⑥ 資 格 取 得 年 月 日 | | | ⑦ 標 準 報 酬 月 額 | |
| ① 記 号 | ② 番 号 | (氏) (名) | | | 大昭平 | | | 男 女 | | 昭平 | | | 千円 | |
| ⑧ この届を出す際の 被保険者の住所 | | | | | ⑨ この届が受理された 後の被扶養者数 | | | | | ⑩ この届が受理される 前の被扶養者数 | | | | |
| ⑪ 所 属 名 | | | | | 部・室・店 内線 営業所 | | | | | 備 考 | | | | |

| ⑫ 増加 又は 減少 の別 | ⑬ 被 扶 養 者 の 名 | ⑭ 被 扶 養 者 の 性 別 | ⑮ 被 扶 養 者 の 生 年 月 日 | ⑯ 被 保 険 者 と の 続 柄 | ⑰ 健 康 保 険 の 被 扶 養 者 と な っ た 日 又 は 扶 養 し な く な っ た 日 | ⑱ 被 扶 養 者 の 職 業 | ⑲ 被 扶 養 者 の 過 去 1 年 間 の 収 入 額 | ⑳ 扶 養 の 事 由 は 又 扶 養 し な く な っ た 事 由 | ㉑ 被 扶 養 者 の 住 所 | ㉒ 備 考 |
|------------------------|---------------|-----------------|---------------------|-------------------|---|-----------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------|
| 増 | フリガナ 氏名 | 男 | 明大昭平 | | 平 | | | | | |
| 減 | フリガナ 氏名 | 女 | 明大昭平 | | | | | | | |
| 増 | フリガナ 氏名 | 男 | 明大昭平 | | 平 | | | | | |
| 減 | フリガナ 氏名 | 女 | 明大昭平 | | | | | | | |
| 増 | フリガナ 氏名 | 男 | 明大昭平 | | 平 | | | | | |
| 減 | フリガナ 氏名 | 女 | 明大昭平 | | | | | | | |
| 増 | フリガナ 氏名 | 男 | 明大昭平 | | 平 | | | | | |
| 減 | フリガナ 氏名 | 女 | 明大昭平 | | | | | | | |

- (記入上の注意)
1. この届書は、増加と減少(削除)とを、それぞれ別紙とすること。
 2. ⑦は記入不要。
 3. ④⑤⑥⑭⑯及び⑰は、それぞれ該当する文字を○で囲むこと。
 4. ⑳には例えば「出生」「不具瘵疾」「肺結核療養中」「結婚」「失業」「家事手伝い」及び「兄の死により引取り扶養」並びに「死亡」「離婚」「養子縁組」及び「別世帯となった」等と、その事実を具体的に記入すること。
 5. ㉑には、被保険者及び被扶養者を除いた同一世帯内の家族で、収入がある場合その者の氏名、職業、年間収入及び被保険者との続柄を記入すること。

年 月 日 提出

受 付 日 付 印

副

健康保険被扶養者(異動)確認通知書

| | | | | | | | | | |
|-------------------|-------|---------------|-----|--------------------|---|------|--------------------|---|---------------|
| 健康保険被保険者証 | | 被 保 険 者 の 氏 名 | | ④ 生 年 月 日 | | ⑤ 性別 | ⑥ 資 格 取 得 年 月 日 | | ⑦ 標 準 報 酬 月 額 |
| ① 記 号 | ② 番 号 | (氏) | (名) | 大 | 昭 | 平 | 昭 | 平 | 千円 |
| ⑧ この届を出す際の被保険者の住所 | | | | ⑨ この届が受理された後の被扶養者数 | | 名 | ⑩ この届が受理される前の被扶養者数 | | 名 |
| ⑪ 所 属 名 | | 部・室・店 営業所 | | ☎ 内線 | | 備 考 | | | |

| ⑫ 増加又は減少の別 | ⑬ 被 扶 養 者 の 氏 名 | ⑭ 被扶養者の性別 | ⑮ 被扶養者の生年月日 | ⑯ 被保険者との続柄 | ⑰ 健康保険の被扶養者となった日又は扶養しなくなった日 | ⑱ 被扶養者の職業 | ⑲ 被扶養者の過去1年間の収入額 | ⑳ 扶養の事由又は扶養しなくなった事由 | ㉑ 被扶養者の住所 | ㉒ 備 考 |
|------------|-----------------|-----------|-------------|------------|-----------------------------|-----------|------------------|---------------------|-----------|-------|
| 増 | フリガナ 氏名 | 男 | 明大昭平 | | 平 | | | | | |
| 減 | フリガナ 氏名 | 女 | 明大昭平 | | | | | | | |
| 増 | フリガナ 氏名 | 男 | 明大昭平 | | 平 | | | | | |
| 減 | フリガナ 氏名 | 女 | 明大昭平 | | | | | | | |
| 増 | フリガナ 氏名 | 男 | 明大昭平 | | 平 | | | | | |
| 減 | フリガナ 氏名 | 女 | 明大昭平 | | | | | | | |
| 増 | フリガナ 氏名 | 男 | 明大昭平 | | 平 | | | | | |
| 減 | フリガナ 氏名 | 女 | 明大昭平 | | | | | | | |

年 月 日 提出された被扶養者(異動)届にもとづき、上記のとおり被扶養者の異動が確認されたので通知します。

丸井健康保険組合理事長