

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	責任者	担当

健康保険被保険者証		③被保険者の氏名	④生年月日	⑤性別	⑥資格取得年月日	備考
①記号	②番号					
			年 月 日 昭和 平成	男女	昭和 平成 年 月 日	
⑦被保険者の住所		〒			⑧所属名 内線	

⑨増減	⑩被扶養者の氏名	⑪性別	⑫生年月日	⑬続柄 ⑱個人番号	⑭被扶養者になった日 又は扶養しなくなった日	⑮届出事由	⑯月平均 収入額	⑰同居・別居の別 別居は住所とその理由	削除対象者の 資格確認書 ※有効期限内 のもの
増 減	フリガナ 氏名	男 女	年 月 日 昭和 平成 令和		年 月 日 平成 令和			同居 別居	住所 *返不能
増 減	フリガナ 氏名	男 女	年 月 日 昭和 平成 令和	★個人番号	年 月 日 平成 令和			同居 別居	住所 *返不能
増 減	フリガナ 氏名	男 女	年 月 日 昭和 平成 令和	★個人番号	年 月 日 平成 令和			同居 別居	住所 *返不能

*減失届を添付してください

*確認の上必ず☑してください

- 丸井健保ホームページを確認し、必要書類を全て添付しました
- 扶養申請対象者が子供です

あなたの配偶者の有無 有 無	有	配偶者の収入	有・無	配偶者の年間収入 *所得ではありません	万円 (給与収入・自営・年金・その他)
	無	状況	未婚・離婚・その他()		

<記入上の注意>

- ④⑤⑥⑨⑪⑫⑭⑯は、それぞれ該当する文字を○で囲むこと。
- ⑬は、被保険者からみた続柄を記入する(例「妻」「長男」「長女」等)
- ⑮は、扶養開始の場合(例「出生」「結婚」「退職」等)・扶養停止の場合(例「就職」「別居」「離婚」等)
- ⑱の個人番号(マイナンバー)の記入は不要です。
(マイナンバー記載の場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です)

事業所所在地

事業所名称

事業主名

電 話

受付日付印