

【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

令和 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 — 番号	被保険者氏名	〒	生年月日	昭平 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	10 —						
住所	〒 —			資格取得年月日	昭平 年 月 日		
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				

■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	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	万円
	被扶養者氏名				昭平 年 月 日	年金受給の有無	()	扶養開始日または終了日の翌日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		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 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他()		
	住所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる <small>(異なる場合、右に住居地住所を記載)</small>		現在住居地の住所		〒 —			
区分	フリガナ	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	万円
	被扶養者氏名				昭平 年 月 日	年金受給の有無	()	扶養開始日または終了日の翌日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		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 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他()		
	住所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる <small>(異なる場合、右に住居地住所を記載)</small>		現在住居地の住所		〒 —			

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)

- 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。
- 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