

(記入上の注意)



健康保険被扶養者(異動)届

- ◎ はじめての届出のときは異動の文字を消してください。
- ◎ 異動の際は必ず被保険者証を添付してください。
- ◎ 添付書類については裏面をご覧ください。

常務理事	部長	課長	係長	係

1. この届書は、はじめて被扶養者の届出をするときと、被扶養者に増減を生じたときに5日以内に事業主を経由して健康保険組合へ提出するものです。

2. ※印の欄は記入しないでください。

3. ④、⑥、⑪の年号、及び⑤、⑨、⑫、⑯、⑳の欄は該当する項目を○で囲んでください。

4. ①から⑳まで⑦、①について記入もれないように、⑩、⑮は該当しない場合(ナシ)と記入してください。

5. ⑬続柄は長男・長女等と記入して下さい。

6. ⑰の⑦死亡削除の場合は、死亡日の翌日を削除の日として下さい。

7. ⑱個人番号は⑨区分が増の場合のみ記入して下さい。被扶養者の削除の場合は記入の必要はありません。

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	③ 被保険者の氏名 (氏) (名)	④ 生年月日 昭5 年 月 日 平7	⑤ 性別 男1 女2	⑥ 資格取得年月日 昭5 年 月 日 平7	⑦ この届出を出す際のあなたの月収 円
⑧ 被保険者の住所 〒 -						

⑨ 区分	⑩ 被扶養者の氏名	⑪ 生年月日	⑫ 性別	⑬ 続柄	⑭ 被扶養者の職業 ⑮ 収入額	⑯ 世帯別	⑰ 被扶養者になった、又はならなくなった ⑰年 月 日	⑱ 理由	⑲ 被保険者証 回収区分	※ 認定・削除 年月日
増 (フリガナ) 減 (氏) (名)	昭5 平7	年 月 日	男 女		円	同世帯 別世帯	平成 年 月 日	取得・出生・婚姻・離職 就職・死亡・その他 () 失業給付受給予定(有・無) 税法上扶養控除(有・無)	添付 返不能 減失	※ 認定・削除
⑱ 個人番号 (増の場合のみ)		⑳ 被扶養者の住所		〒 -						
増 (フリガナ) 減 (氏) (名)	昭5 平7	年 月 日	男 女		円	同世帯 別世帯	平成 年 月 日	取得・出生・婚姻・離職 就職・死亡・その他 () 失業給付受給予定(有・無) 税法上扶養控除(有・無)	添付 返不能 減失	※ 認定・削除
⑱ 個人番号 (増の場合のみ)		被扶養者の住所		〒 -						
増 (フリガナ) 減 (氏) (名)	昭5 平7	年 月 日	男 女		円	同世帯 別世帯	平成 年 月 日	取得・出生・婚姻・離職 就職・死亡・その他 () 失業給付受給予定(有・無) 税法上扶養控除(有・無)	添付 返不能 減失	※ 認定・削除
⑱ 個人番号 (増の場合のみ)		被扶養者の住所		〒 -						
増 (フリガナ) 減 (氏) (名)	昭5 平7	年 月 日	男 女		円	同世帯 別世帯	平成 年 月 日	取得・出生・婚姻・離職 就職・死亡・その他 () 失業給付受給予定(有・無) 税法上扶養控除(有・無)	添付 返不能 減失	※ 認定・削除
⑱ 個人番号 (増の場合のみ)		被扶養者の住所		〒 -						

うえの申請について事実と相違ないことを証明します。

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名 (印)

電話 ()

平成 年 月 日 提出 ※ 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印 (印)

東日本プラスチック健康保険組合