

健康保険被扶養者（異動）届

決		裁	
常務理事	事務長	課長	担当者

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	記号・番号 (枝番不要)	記号 番号	氏名 印	印	生 年 月 日	昭・平 令	年	月	日	性 別	男 女			
	住所	〒			資 年	格 月	取 得 日	昭平 令	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 総合取得月額	円			※資 年	格 月	喪 失 日	昭平 令	年	月
被 扶 養 者	氏名	性別	生 年 月 日	続柄	職 業	年 間 収 入 見 込	年金受給の有無 有の場合は 年金額を記入 してください	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	扶養開始または 終了の理由			
	<small>(フリガナ)</small>	男・女	昭 平 令	年	月	日	円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	発行が必要		
	<small>(フリガナ)</small>	男・女	昭 平 令	年	月	日	円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	発行が必要		
	<small>(フリガナ)</small>	男・女	昭 平 令	年	月	日	円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	発行が必要		
	<small>(フリガナ)</small>	男・女	昭 平 令	年	月	日	円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	発行が必要		

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	()

令和 年 月 日

澁澤健康保険組合理事長

受付日付印

- (注 意 事 項)
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被保険者証または資格確認書を添付して下さい。(資格取得時を除く)
 3. 職業欄には文字にこだわらず小学六年、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、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
 6. 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、出生、失業、家事手伝、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。
 7. 資格確認書の発行が必要な場合は、□にチェックを入れてください。