

黄色の欄・個所を全てご記入ください。
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

<記入時の注意事項>

- ①「氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ②「会社名」・「所属」欄については、現在お勤めの会社・部所名をご記入ください。

健康保険被扶養者異動届

四国電力健康保険組合 殿

令和 年 月 日 届出

被 保 険 者	② 会社名	四国電力(株)	所 属	人事労務部 従業員サービスセンター	
	記号	4000	フリガナ	ケンポ タロウ	印
	番号	1234567	氏 名	健保 太郎	印
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇			

次のとおり申請いたします。

フリガナ	続柄	生年月日	満 年 令	同 居 別 居	届出事由 発生年月日	届出事由	収入
ケンポ ハナコ	妻	T S H R	43・2・3	才 同居 別居	1・6・3	(扶養の開始) 出生・結婚・退職・その他 () (扶養の終了) 就職・収入増・結婚・その他 ()	有 無
健保 花子		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2					

③届出事由が「扶養の開始」である場合は、次の項目について必ず記入してください。

申 請 す る 被 扶 養 者	健康保険の加入状況 (出生は除く)	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険へ加入中 <input type="checkbox"/> 以前の勤務先の任意継続保険へ加入中 <input type="checkbox"/> 健康保険へ加入していない <input type="checkbox"/> その他 ()	雇用保険の受給状況	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格なし <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険受給の待機・延期中 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給を行わない <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了
	別居の場合 (単身赴任を除く)	被扶養者住所	仕送り額 月額 万円	収入状況 現在の

<記入時の注意事項>

③ 届出事由が「扶養の開始」の場合は、必ずご記入ください。

被 扶 養 者	個人番号					届出事由	収入
		T S H R	才	同居 別居		(扶養の開始) 出生・結婚・退職・その他 () (扶養の終了) 就職・収入増・結婚・その他 ()	有 無

④届出事由が「扶養の開始」である場合は、次の項目について必ず記入してください。

被 扶 養 者	健康保険の加入状況 (出生は除く)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険へ加入中 <input type="checkbox"/> 以前の勤務先の任意継続保険へ加入中 <input type="checkbox"/> 健康保険へ加入していない <input type="checkbox"/> その他 ()	雇用保険の受給状況	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格なし <input type="checkbox"/> 雇用保険受給の待機・延期中 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給を行わない <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了
	別居の場合 (単身赴任を除く)	被扶養者住所	仕送り額 月額 万円	収入状況 現在の

【健康保険組合処理欄】

受 付 印	調査事項ほか	健康上扶養	対象・対象外
		認定日	令和 年 月 日
		決定日	令和 年 月 日
		担当	事務長 常務理事