

健康保険被扶養者異動届

増・ 減・ その他()

※「06133615」は記号・番号ではありません。記入しないでください。

常務理事	事務長		担当

被保険者欄	被保険者証の記号		被保険者証の番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	事業所 <input type="checkbox"/> A C <input type="checkbox"/> A T <input type="checkbox"/> A K <input type="checkbox"/> A Y F <input type="checkbox"/> A K T <input type="checkbox"/> A T C <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> 健保
	氏名	(フリガナ)		(名)	取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
		(氏)		(名)	住所	〒 -				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		(氏)		(名)	別居理由および住所 (<input type="checkbox"/> 単身赴任による別居 ・ <input type="checkbox"/> その他)						
	職業(年収)	円	続柄		住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〒 -				
	扶養追加日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	扶養削除日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	申請理由

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		(氏)		(名)	別居理由および住所 (<input type="checkbox"/> 単身赴任による別居 ・ <input type="checkbox"/> その他)						
	職業(年収)	円	続柄		住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〒 - <input type="checkbox"/> 上記被扶養者と同様(住所の記入は不要)				
	扶養追加日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	扶養削除日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	申請理由

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		(氏)		(名)	別居理由および住所 (<input type="checkbox"/> 単身赴任による別居 ・ <input type="checkbox"/> その他)						
	職業(年収)	円	続柄		住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〒 - <input type="checkbox"/> 上記被扶養者と同様(住所の記入は不要)				
	扶養追加日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	扶養削除日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	申請理由

摘要欄	
-----	--

事業主記載欄 (扶養削除のみ)	<input type="checkbox"/> 事由発生を証明する書類の添付が原則です。証明する書類が添付できない扶養削除における資格喪失日は、被保険者本人が確認し了承しています。(注意:資格喪失日の変更はできません。)
--------------------	---

健保記入欄	<input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 住民票世帯全員分 <input type="checkbox"/> 市民税・県民税 課税(非課税)証明書 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証・離職票1-2() <input type="checkbox"/> 退職証明書 <input type="checkbox"/> 健保・厚年喪失証明書 <input type="checkbox"/> 給与所得源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 確定申告・収支内訳書一式 <input type="checkbox"/> 雇用契約書 <input type="checkbox"/> 給与明細() <input type="checkbox"/> 在学証明書
-------	--

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 認定 ・ <input type="checkbox"/> 削除

受付年月日

人事・業務担当者