

正

健康保険 被扶養者（新規・異動）届

常務理事	事務長		担当者

【健保用】

被保険者証の 記号・番号	被保険者氏名	印	性別	生年月日	資格取得年月日	被保険者住所
-	(フリガナ)		1 2 男 女	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	〒 ー

増/減	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	該当(増)・不該当(減)	理由と年月日	認定・削除年月日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由	西暦 年 月 日	1 認定 2 削除 年 月 日
						個人番号		
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由	西暦 年 月 日	1 認定 2 削除 年 月 日
						個人番号		
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由	西暦 年 月 日	1 認定 2 削除 年 月 日
						個人番号		
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由	西暦 年 月 日	1 認定 2 削除 年 月 日
						個人番号		

事業主が証明するところ

受付印

上記の届出について事実と相違ないことを証明します。

年 月 日 提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

太線枠内にご記入の上、正【健保用】及び副【事業所控用】計2枚を作成してください。被扶養者(増)で別居の場合必ず別添にて住所届をご提出下さい。

イトーキ健康保険組合

副

健康保険 被扶養者（新規・異動）届

【事業所控用】

被保険者証の 記号・番号	被保険者氏名	印	性別	生年月日	資格取得年月日	被保険者住所
-	(フリガナ)		1 2 男 女	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	〒 ー

増/減	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	該当(増)・不該当(減) 理由と年月日	認定・削除年月日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由 西暦 年 月 日 個人番号	1 認定 2 削除 年 月 日

増/減	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	該当(増)・不該当(減) 理由と年月日	認定・削除年月日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由 西暦 年 月 日 個人番号	1 認定 2 削除 年 月 日

増/減	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	該当(増)・不該当(減) 理由と年月日	認定・削除年月日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由 西暦 年 月 日 個人番号	1 認定 2 削除 年 月 日

増/減	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	該当(増)・不該当(減) 理由と年月日	認定・削除年月日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由 西暦 年 月 日 個人番号	1 認定 2 削除 年 月 日

事業主が証明するところ							受付印
上記の届出について事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 提出 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名							印

太線枠内にご記入の上、正【健保用】及び副【事業所控用】計2枚を作成してください。被扶養者(増)で別居の場合必ず別添にて住所届をご提出下さい。

イトキ健康保険組合

正

健康保険 被扶養者（新規・異動）届

常務理事	事務長	担当者
		健保使用欄

【健保用】

押印を忘れずに！！

被保険者証の 記号・番号	被保険者氏名	印	性別	生年月日	資格取得年月日	被保険者住所
99 - 9999	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	健保	1 2 男 女	西暦 1984 年 2 月 1 日	西暦 2006 年 4 月 1 日	〒〇〇〇 - △△△ 〇〇〇県△△市□□町5—5—5

異動の理由を記入してください。

増/減	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	該当(増)・不該当(減)	理由と年月日	認定・削除年月日
1 2 増 減	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	1 2 男 女	西暦 1989 年 3 月 3 日	長女	1 2 同居 別居	理由 出生の為	西暦 2019 年 3 月 3 日	1 認定 2 削除 年 月 日

届出の対象となる方のみ記入してください。

同居か別居か必ずどちらかに○を付けてください。

扶養家族が増える場合は個人番号を記入してください。(扶養家族を削除する場合は個人番号の記入は不要)

増/減	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	該当(増)・不該当(減)	理由と年月日	認定・削除年月日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同居 別居	理由	西暦 年 月 日	1 認定 2 削除 年 月 日

増/減	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	該当(増)・不該当(減)	理由と年月日	認定・削除年月日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同居 別居	理由	西暦 年 月 日	1 認定 2 削除 年 月 日

増/減	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	該当(増)・不該当(減)	理由と年月日	認定・削除年月日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同居 別居	理由	西暦 年 月 日	1 認定 2 削除 年 月 日

事業主が証明するところ

受付印

上記の届出について事実と相違ないことを証明します。

年 月 日 提出

事業所所在地

◎太枠内を全て記入してください。

◎このシートに入力すると2枚目のシートにもその内容が反映されます。2枚合わせて事業所のご担当者へ提出してください。

性別等を選択する『○』や押印のモシがないか確認した後提出してください。

事業主氏名

印

太線枠内にご記入の上、正【健保用】及び副【事業所控用】計2枚を作成してください。被扶養者(増)で別居の場合必ず別添にて住所届をご提出下さい。

イーキ健康保険組合

副

健康保険 被扶養者（新規・異動）届

【事業所控用】

押印を忘れずに！！

被保険者証の 記号・番号	被保険者氏名	印	性別	生年月日	資格取得年月日	被保険者住所
99 - 9999	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		1 2 男 女	西暦 1984 年 2 月 1 日	西暦 2006 年 4 月 1 日	〒〇〇〇 — △△△△ 〇〇〇県△△市□□町5—5—5

増/減	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	該当(増)・不該当(減)	理由と年月日	認定・削除年月日
1 2 増 減	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	1 2 男 女	西暦 1989 年 3 月 3 日	長女	1 2 同 別 居 居	理由 出生の為	西暦 2019 年 3 月 3 日	1 認定 2 削除 年 月 日
						個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	年 月 日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由	西暦 年 月 日	1 認定 2 削除 年 月 日
						個人番号		年 月 日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由	西暦 年 月 日	1 認定 2 削除 年 月 日
						個人番号		年 月 日
1 2 増 減	(フリガナ)	1 2 男 女	西暦 年 月 日		1 2 同 別 居 居	理由	西暦 年 月 日	1 認定 2 削除 年 月 日
						個人番号		年 月 日

事業主が証明するところ

受付印

上記の届出について事実と相違ないことを証明します。

年 月 日 提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

太線枠内にご記入の上、正【健保用】及び副【事業所控用】計2枚を作成してください。被扶養者(増)で別居の場合必ず別添にて住所届をご提出下さい。

イトキ健康保険組合