

健康保険被扶養者異動 〔 1増員 2減員 〕 届

常務理事	

【被保険者(社員)】

被保険者証 記号番号	○○○—○○○○	氏名・印	健保 太郎	印	性別	1 男 2 女	生年月日	5昭和 7平成	○○年○○月○○日	
資格取得 年月日	昭和 平成	住所	△県○市○町 ○—○○							

【被扶養対象者(家族)】

(注)事由発生日は「死亡日の翌日」となります。

氏名	カ ナ		性別	続柄*	生年月日	届出理由	同居別居の別	事由発生日(注1)		摘要
	漢	字						個人番号	(注2)	
1増 2減	ケンポ	ハナコ	1男 2女	母	5昭 7平	死亡のため	同居・別居	平成	○○年○○月○○日	
1増 2減		健保 花子						平成	年 月 日	
1増 2減					5昭 7平		同居・別居	平成	年 月 日	
1増 2減					5昭 7平		同居・別居	平成	年 月 日	

大塚製薬健康保険組合 殿

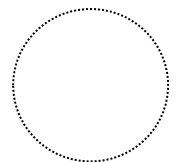
*(注1)増員の場合は「扶養しはじめた日」、減員の場合は「扶養しなくなった日」を記入してください

*(注2)【重要】個人番号記載の取扱いは所属の事業会社にご確認ください

(その他、記載上の注意)

- この届は被扶養者に異動を生じたときに、すみやかに事業主を通じて提出してください。
- 各欄は、該当する文字を ○ で囲んでください。
- 続柄の欄は「妻」「長男」「養子」「孫」「実父」「養母」等くわしく記入して下さい。
- 届出理由の欄は、その発生事由を「結婚」「死亡」等具体的に書いてください。
- *の欄は記入しないで下さい。

受付日付印



確 認 印	事業主
	印
	平成 年 月 日

(返送用) 健康保険被扶養者異動 (1増員
2減員) 通知書

【被保険者(社員)】

被保険者証 記号番号	〇〇〇—〇〇〇〇	氏名・印	健保 太郎	印	性別	1 男 2 女	生年月日	5昭和 7平成	〇〇年〇〇月〇〇日
資格取得 年月日	昭和 平成	住所	△県〇市〇町 〇—〇〇						

【被扶養対象者(家族)】

(注)事由発生日は「死亡日の翌日」となります。

氏名	カ 漢	ナ 字	性別	続柄*	生年月日	届出理由	同居別居の別	事由発生日	摘要
1増 2減	カナ 漢字	ケンポ ハナコ 健保 花子	1男 2女	母	5昭 7平	〇〇年〇月〇日 死亡のため	同居・別居	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
1増 2減	カナ 漢字		1男 2女		5昭 7平	年 月 日	同居・別居	平成 年 月 日	
1増 2減	カナ 漢字		1男 2女		5昭 7平	年 月 日	同居・別居	平成 年 月 日	
1増 2減	カナ 漢字		1男 2女		5昭 7平	年 月 日	同居・別居	平成 年 月 日	

平成 年 月 日付 健康保険被扶養者異動届は、記載のとおり承認いたしましたので通知します。

平成 年 月 日

事業所 所在地
名称
代表者名

殿

大塚製薬健康保険組合