

記入例 (副にもご記入ください) ※ 欄は記入しないでください

正

健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証				被保険者の氏名・印				配偶者の有無		標準報酬月額									
記号	2	1	0	1	番号	1	1	1	1	1	1	佐川 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	千円	私は付加給付金の受領を事業所の健保受領代理人に委任します。				
被保険者の住所				〇〇県〇〇市〇〇1-1 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇				別世帯者の住所		※別居されている場合、ご家族の住所をご記入ください TEL - - -									
異動内容	被扶養者の氏名		生年月日			性別	被保険者との続柄	被扶養者の職業	異動の理由 年月日	同居の有無	収入の種類		※認定・抹消 年月日	※認定欄					
	増	減	昭	平	令	年	月	日	男	妻	パート	結婚	同居	収入の種類	月額金額				
<input checked="" type="checkbox"/> 増	(フリガナ) サガワ	ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 昭			0	2	1	0	2	7	女	妻	パート	結婚 <td>同居</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td></td> <td></td>	同居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 減	(氏) 佐川	(名) 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 平									女			平成31年 2月 18日	別居	給与	75,000 円	
<input checked="" type="checkbox"/> 増	(フリガナ) サガワ	イチロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 昭			0	1	0	5	0	3	男	長男	無	出生	同居	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 減	(氏) 佐川	(名) 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 平									男			令和1年 5月 3日	別居		円	
<input type="checkbox"/> 増	(フリガナ) サガワ	ハルコ	<input checked="" type="checkbox"/> 昭			3	3	0	7	1	9	男	母	パート	就職	同居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input checked="" type="checkbox"/> 減	(氏) 佐川	(名) 春子	<input checked="" type="checkbox"/> 平									女			平成31年 4月 1日	別居	給与	125,000 円	
<input type="checkbox"/> 増	(フリガナ)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭									男			年月日	同居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 減	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 平									女			年月日	別居		円	
<input type="checkbox"/> 増	(フリガナ)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭									男			年月日	同居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 減	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 平									女			年月日	別居		円	
上記の通り申請がありましたので事実と相違ないことを確認の上届出いたします。							注		◎ 被扶養者に異動(増・減)があった場合、該当する方のみ記入してください。					受付日付印					
事業所所在地							意		◎ 続柄「子」については、「長男」「長女」等、詳しく記入してください。										
事業所名称							事		◎ 異動の理由は「出生」「結婚」「就職」「離職」「死亡」等、理由を記入してください。										
事業主氏名							項		◎ 収入が「有」の場合、収入の種類と月額金額を記入してください。										
							印		◎ 16歳以上(高校生以上)の方は添付書類が必要です。 添付書類に関しては、健康保険組合ホームページ(http://www.kenpo.gr.jp/sg/)の「各種届出・申請用紙⇒被扶養者認定に必要な添付書類」に詳細が記載されております。										
									◎ 「※」欄は記入しないでください。										

所属店()

社員No.()

被保険者証を必ず添付してください

H31.4改訂