被扶養者(異動)届

(増・減・国内居住の例外要件該当)

受付印

常務理事	事務長	担当者				
令和 年 月 日 確認			令和 年 月 日 提出			
被保険者等の	記号 番号	被保険者の 氏名及び 生年月日	氏名 生年月日	昭平 年 月 日	日	
被保険者の 住民票住所	〒 ー					
確認欄	☐ この届は、申請者本人(被保険者)が作成したものです					
被 扶 養 者	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	昭平 令 年 月 日生	昭平 令 年 月 日生			
	続柄					
	職業					
	住民票住所	〒 ー		〒 ー		
	個人番号 (12ケタ)	増のときは記入、減又は例外要件該当のときは記入不要		増のときは記入、減又は例外要件該当のときは記入不要		
	異動又は 例外要件該当 年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日			
	家族手当	有・無		有・無		
	扶養控除	該当・非該当		該当・非該当		
異動又は 例外要件該当 事由						
資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要		☐ 発行が必要			
事 業 主 の 証 明	この届について事実に相違ないことを証明します					
	令和 年 月 日					
	ユニチカ健康保険組合 殿					
	住所 事業主 名称 氏名					

◎被扶養者(減)の場合で、被保険者証または資格確認書の交付を受けている場合は必ず添付をしてください