

健康保険 被扶養者（異動）届 【追加／変更】

太枠内を記入してください（選択個所は○で囲む）。書き損じは訂正印にて訂正ください。1枚に扶養に追加／変更する家族3名まで記入できます。

常務理事	事務長		担当

保険証 記号－番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	資格取得日	標準報酬月額
—	(フリガナ)		昭和・平成	男・女	年 月 日	千円
	(氏)	(名)	年 月 日			
被保険者住所						携帯 TEL (必須)
〒						

区分	扶養に追加／変更する家族の氏名		性別	生年月日	年齢	続柄	居住	扶養を開始した日	扶養追加の理由（該当に○）
追加・変更	(フリガナ)		男・女	昭和・平成・令和			同居・別居	令和	・本人の加入と同時に・家族の出生 ・生計維持者(家族を養う人)の変更 ・家族の退職・家族の収入減少 ・その他()
	(氏)	(名)		年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	(別居の場合のみ記入) 追加／変更する家族の住所							備考	
〒									年 月 日 認定
追加・変更	(フリガナ)		男・女	昭和・平成・令和			同居・別居	令和	・本人の加入と同時に・家族の出生 ・生計維持者(家族を養う人)の変更 ・家族の退職・家族の収入減少 ・その他()
	(氏)	(名)		年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	(別居の場合のみ記入) 追加／変更する家族の住所							備考	
〒									年 月 日 認定
追加・変更	(フリガナ)		男・女	昭和・平成・令和			同居・別居	令和	・本人の加入と同時に・家族の出生 ・生計維持者(家族を養う人)の変更 ・家族の退職・家族の収入減少 ・その他()
	(氏)	(名)		年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	(別居の場合のみ記入) 追加／変更する家族の住所							備考	
〒									年 月 日 認定

■上記の個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。

事業主	上記の通り相違ありません。 提出日： 年 月 日	提出代行者	印

受付印