

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	係長	係

被 保 険 者 欄	健康保険被 保険者証の記号	健康保険被 保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日	性別	異動の別	資 格 取 得 年 月 日		標 準 報 酬 月 額
			(氏)	(名)	昭 平 令 年 月 日	男 女	追加・削除(変更)	年 月 日	千 円	
基礎年金番号又は手帳記号番号		郵便番号		被 保 険 者 の 住 所			被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。			
				(フリガナ)			配偶者の 年間収入	円	被保険者の 年間収入	円

配 偶 者 で あ る 被 扶 養 者 欄	個人番号 (削除の場合は記載不要)		被扶養者になった理由				被扶養者でなくなった理由			
			ア. 被保険者が被用者保険制度に加入 (国民年金→厚生年金保険) イ. 被保険者の所属する年金制度の変更 (共済組合→厚生年金保険)				ウ. 婚 姻 エ. 離 職 オ. 収入減少 カ. その他()			
認定印		被 扶 養 者 の 氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄	職 業	収 入	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日 (死亡のときは翌日)	備 考
		(フリガナ)	昭 平 令 年 月 日	男 女			円	年 月 日	年 月 日	
		(氏)	(名)	郵便番号		住 所 (別居の場合のみ記入)		外国人区分	被扶養者通称名	
						(フリガナ)		0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人	(フリガナ)	
			同居・別居							

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	認定印	被 扶 養 者 の 氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄	職 業	収 入	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日 (死亡のときは翌日)	理 由	住 所 (別居の場合のみ記入)
		(フリガナ)	昭 平 令 年 月 日	男 女			円	年 月 日	年 月 日		個人番号 (削除の場合は記載不要)
		(氏)	(名)								
		(フリガナ)	昭 平 令 年 月 日	男 女			円	年 月 日	年 月 日		
		(氏)	(名)								

上記のとおり、被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。
また、上記のとおり相違ないことを証明します。

〒 令和 年 月 日 提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者

健康保険組合受付印

大阪機械工具商健康保険組合