

健康保険 被扶養者(異動)届 (削除申請には健康保険証を添付して下さい)

届出日 令和 年 月 日

被保険者が記入するところ	届出区分	資格取得時申請・追加申請・削除申請 訂正申請・海外特例		所属部署名 及びTEL番号	部署	〇〇〇〇		TEL	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
	被保険者証 の記号・番号	記号	番号	被保険者の氏名		氏	日本	名	太郎		
	被保険者 住民票住所	〒 〇〇-〇〇〇 大阪府大阪市北区梅田〇丁目〇番〇号									
	被扶養者の氏名	生年月日		性別	続柄	職業	同居 別居	追加又は削除 する理由			
	(フリガナ) ニッポン	ハナコ		昭和	女	妻	主婦	同居	就職		
	(氏) 日本	(名) 花子	49年10月24日								
	(フリガナ)										
(氏)											
(フリガナ)	(名)		年 月 日								
(氏)	(名)		年 月 日								
(フリガナ)	(名)		年 月 日								
(氏)	(名)		年 月 日								

健康保険組合が記入するところ		
資格取得日	標準報酬月額	
S・H・R		
年 月 日	月額	千円
備考		
被扶養者に 認定した日	被扶養者から 削除した日	備考
年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	

事業主記入	上記のとおり被保険者から届出がありましたので提出します。 なお、上記の被扶養者は会社への届出と相違ありません。
	令和 年 月 日
	事業主名称 事業主氏名

健保受付印

常務理事			担当者