

正

健康保険被扶養者異動届

◎「正」「副」両方記入のうえ、二枚とも提出してください。

保険者番号	06273320			被保険者氏名	健保 太郎			住所	〒××××-××××× 大阪府大阪市城東区鳴野東1-2-1							
被保険者証記号・番号	記号	1	番号	×××××			性別	男・女	生年月日	S H ××年×月×日生			Tel	×××-××××-××		
所属部署	本社 ○○部 ○○課			性別	男・女			生年月日	S H ××年×月×日生			Tel	×××-××××-××			
異動する被扶養者の氏名	性別	生年月日		続柄 ※注1	職業 ※注2	年間収入 ※注3	同居別居の別	被扶養者となった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者となった理由又は被扶養者でなくなった理由 ※注4	事業主記入欄		備考			
フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	男・女 女	昭平令	××	×	×	×	同居・別居 同居	年 月 日	年 月 日	××	×	×	×	就職	有・無	
フリガナ	男・女	昭平令					同居・別居	年 月 日	年 月 日						有・無	
フリガナ	男・女	昭平令					同居・別居	年 月 日	年 月 日						有・無	
フリガナ	男・女	昭平令					同居・別居	年 月 日	年 月 日						有・無	

事業所所在地	上記のとおり事実を確認したので証明します。 年 月 日
事業所名称	
事業主氏名	

常務理事	事務長	担当	担当	被扶養者 台帳入力	被保険 者証交

受付印

- 注意事項**
- 注1) 続柄は妻、長男、養子、実父、養母、弟、妻の実父（義父などの表現は不可）など詳しく記入してください。
  - 注2) 職業欄は文字にこだわらず「小学3年」、「高校2年」、内職、年金収入、家賃収入、配当収入など実態が一目でわかるように記入してください。（大学生については在学証明書などを添付してください。）
  - 注3) 異動日より向こう1年間の収入見込み額を記入してください。（年金受給者は年金額通知書などの写しをその他の収入のある方については、収入額のわかる証明書を添付してください。）
  - 注4) 理由は、被扶養者に入れる場合は結婚、出生、失業など、被扶養者から除外する場合は就職、離婚、死亡などの事実を記入してください。

副

健康保険被扶養者認定通知書

◎「正」「副」両方記入のうえ、二枚とも提出してください。

保険者番号	06273320			被保険者氏名	健保 太郎			住所	〒XXXX-XXXX		
被保険者証記号・番号	記号	1	番号	XXXXX	性別	男・女	生年月日	S D	XXXX年XX月X日生	住所	大阪府大阪市城東区鳴野東1-2-1
所属部署	本社 ○○部 ○○課			性別	男・女	生年月日	S D	XXXX年XX月X日生	Tel	XXXX-XXXX-XXXX	
異動する被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄 ※注1	職業 ※注2	年間収入 ※注3	同居別居の別	被扶養者となった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者となった理由又は被扶養者でなくなった理由 ※注4	事業主記入欄 給与所得の扶養控除申告の有無	備考
フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	男・女 女	昭平令 ××××	長女	会社員	300万円	同居・別居 同居	年 月 日	年 月 日	就職	有・無	
フリガナ	男・女	昭平令				同居・別居	年 月 日	年 月 日		有・無	
フリガナ	男・女	昭平令				同居・別居	年 月 日	年 月 日		有・無	
フリガナ	男・女	昭平令				同居・別居	年 月 日	年 月 日		有・無	

事業主 殿

上記のとおり 認定 削除 しましたので通知します。

年 月 日

受 付 印

タカラスタンダード健康保険組合