



本社	部門名	
	従業員番号	

健康保険被扶養者（異動）届
〔 〇 結婚 〇 出産 〇 就職 〇 死亡 〇 その他 〕

常務理事	事務長	係	

〇〇〇
添付書類記入等は二枚目の裏面を参照して下さい。
印欄は記入しないで下さい。
被保険者証を必ず添付してください。

健康保険事業所の記号	11	被保険者氏名・印・フリガナ		生年月日		性別	資格取得年月日	標準報酬月額
被保険者証の番号	2 3 4 5 6	ハセガワ (氏) 長谷川	タロウ (名) 太郎 印	大3 昭5 平7	〇〇年〇〇月〇〇日	男 1 女 2	昭 〇〇年〇〇月〇〇日 平	310 千円
異動の別	追加 1	被保険者の住所		〒156-4567 千葉県習志野市〇〇5-3-1				
フリガナ 異動者の氏名	性別	生年月日	続柄	世帯の別	扶養者となった日 または除かれた日	認定年月日	被扶養者の異動理由及現況	
ハセガワ (氏) 長谷川	ハナコ (名) 花子	男 1 女 2	妻	同居	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	年 月 日	無職 〇 勤務していた 自営業 退職または廃業月日 〇〇年〇〇月〇〇日 会社名 〔 (株)ABC 〕 失業保険 受給しない 受給予定 受給完了 年金収入 〔 〇 円/年間 〕 その他収入 〔 〇 円/年間 〕 申請者が別居の場合 毎月の仕送り額 〔 円 〕 理 由 失業保険受給終了の為	
	男 1 女 2	明1 大3 昭5 平7		同居				
	男 1 女 2	明1 大3 昭5 平7		同居				
	男 1 女 2	明1 大3 昭5 平7		同居				
	男 1 女 2	明1 大3 昭5 平7		同居				

事業所 健康保険組合

事業所所在地	事業所名を記入し、 代表者印を押して下さい。
事業所名称	
事業主名	

平成〇〇年〇〇月〇〇日提出
上記記載内容のとおり相違ありません。

受付日付印

所属 事業所	事業所名(必ず記入)
担当	石村 幸子 印