



本社	部門名	
	従業員番号	

健康保険被扶養者（異動）届 〔 結婚　　出産　　就職　　死亡　　その他〕

常務理事	事務長	係	

○被保険者証を必ず添付してください。

添付書類記入等は二枚目の裏面を参照して下さい。

事業所
健康保険組合

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			
				ハセガワ タロウ				大3 昭5 平7			男 1 女 2		昭 平		○○年○○月○○日			
被保険者証の番号		2	3	4	5	6	(氏)	(名)	○○年○○月○○日						310	千円		
被保険者証の番号		(氏) 長谷川		(名) 太郎		印		平7			女 2		平					
異動の別		追加1 削除2		被保険者の住所				〒156-4567 千葉県習志野市○○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	明1 大3 昭5 平7	年 ○○	月 ○○	日 ○○	妻	同居 別居	平成 年 ○○	月 ○○	日 ○○	年	月	日	無職 レ 勤務していた 自営業 退職または廃業月日 ○○年○○月○○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 [0 円/年間] その他収入 [0 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 別居										
		男 1 女 2	明1 大3 昭5 平7					同居 別居										
		男 1 女 2	明1 大3 昭5 平7					同居 別居										
		男 1 女 2	明1 大3 昭5 平7					同居 別居										

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

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。

所 属 事業所	事業所名(必ず記入)	
担 当	石村 幸子	印

受付日付印