

# 健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	係

被保険者等				被保険者の氏名 (氏) (名)	生年月日 (昭・平・令)			性別 男・女	異動の別 追加 削除	資格取得年月日 (昭・平・令)			標準報酬月額 千円
記号	番号				年	月	日			年	月	日	
被保険者の住民票住所				事業所の名称				所属					

※ 被保険者と同居又は別居のいずれかに○で囲み、被保険者と住民票住所が異なる場合は、住民票住所を記入してください。

被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)		生年月日 (昭・平・令)			性別 男・女	続柄	被扶養者になった日 (令和)			被扶養者から除かれた日 (令和)			職業 月平均収入額		追加・削除の理由
		年	月	日			年	月	日	年	月	日	円	円	
※被扶養者の住民票住所		同居・別居				〒			個人番号					保険証等返却	1.添付 2.減失*

被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)		生年月日 (昭・平・令)			性別 男・女	続柄	被扶養者になった日 (令和)			被扶養者から除かれた日 (令和)			職業 月平均収入額		追加・削除の理由
		年	月	日			年	月	日	年	月	日	円	円	
※被扶養者の住民票住所		同居・別居				〒			個人番号					保険証等返却	1.添付 2.減失*

被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)		生年月日 (昭・平・令)			性別 男・女	続柄	被扶養者になった日 (令和)			被扶養者から除かれた日 (令和)			職業 月平均収入額		追加・削除の理由
		年	月	日			年	月	日	年	月	日	円	円	
※被扶養者の住民票住所		同居・別居				〒			個人番号					保険証等返却	1.添付 2.減失*

令和 年 月 日 提出

事業所	所在地	〒105-0003 東京都港区西新橋二丁目8番6号
	名称	アロン化成株式会社
事業主氏名		代表取締役社長 美保 享
電話		03-3502-1401

\* 保険証等を紛失し返却不能の方は減失届けを提出下さい。  
<COMPANY Web Service の申請もお願いします>

受付日付印

### 【事業主記載欄】

確認 (チェック)欄	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に届出意思を確認しました。 <input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# 健康保険 被扶養者(異動)届

## 記入例

常務理事	事務長	係

被保険者等		被保険者の氏名 (氏) (名)	生年月日 (昭・平・令)			性別 (男・女)	異動の別 (追加・削除)	資格取得年月日 (昭・平・令)			標準報酬月額 千円	
記号	番号		年	月	日			年	月	日		
1	0	健保 太郎	4	5	1	男	追加	6	3	4	1	
被保険者の住民票住所		〒111-1111 名古屋市〇〇区〇〇×-×-××			事業所の名称		東亜合成(株) 名古屋工場		所属		〇〇課	

※ 被保険者と同居又は別居のいずれかに○で囲み、被保険者と住民票住所が異なる場合は、住民票住所を記入してください。

被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)		生年月日 (昭・平・令)			性別 (男・女)	続柄	被扶養者になった日 (令和)			被扶養者から除かれた日 (令和)			職業 月平均収入額 円	追加・削除の理由
		年	月	日			年	月	日	年	月	日		
ケンポ ハナコ 健保 花子		4	8	1	男	妻	0	1	5	1			無職	退職のため
※被扶養者の住民票住所		同居・別居		被保険者と住民票住所が異なる場合に住民票住所を記入。			個人番号						保険証等返却 1.添付 2.減失*	

被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)		生年月日 (昭・平・令)			性別 (男・女)	続柄	被扶養者になった日 (令和)			被扶養者から除かれた日 (令和)			職業 月平均収入額 円	追加・削除の理由
		年	月	日			年	月	日	年	月	日		
					男									
※被扶養者の住民票住所		同居・別居		〒			個人番号						保険証等返却 1.添付 2.減失*	

東亜ビジネスアソシエ(株)人事総務グループで記入いたしますので、被保険者・事業所担当者は絶対に記入しないでください。

被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)		生年月日 (昭・平・令)			性別 (男・女)	続柄	被扶養者になった日 (令和)			被扶養者から除かれた日 (令和)			職業 月平均収入額 円	追加・削除の理由
		年	月	日			年	月	日	年	月	日		
					男									
※被扶養者の住民票住所		同居・別居		〒			個人番号						保険証等返却 1.添付 2.減失*	

令和 年 月 日 提出

事業所	所在地	〒105-0003 東京都港区西新橋二丁目8番6号
	名称	アロン化成株式会社
事業主氏名		代表取締役社長 美保 享
電話		03-3502-1401

\* 保険証等を紛失し返却不能の方は減失届けを提出下さい。

<COMPANY Web Service の申請もお願いします>

受付日付印

### 【事業主記載欄】

確認 (チェック)欄	<input checked="" type="checkbox"/>	・被保険者に届出意思を確認しました。
	<input type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。