

黒の油性ボールペンで記入して下さい。

※フリクションボールペン等消せる筆記具不可

健康保険被扶養者（異動）届

決裁

日付印

常務理事	事務長	課長	係

被保険者欄	被保険者証の記号	94	被保険者証の番号	123000	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準報酬月額	千円
	氏名	健保 太郎		印	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	給与	1. 日給月給 2. 時間給 3. 年俸
	住所	〒2××-△△△△ 千葉県〇〇市△△町5-5		異動の種類別	追加・2 追加(出生のみ)・3 削除・4 変更			変更内容	1. 氏名変更 2. その他		

※記入漏れや確認書類の添付漏れがあった場合は受理できません。

被扶養者欄	(フリガナ)	ケンボ	ハナコ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名	健保 花子		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2						
	職業	無職	続柄	妻	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日又は変更日	9.令和	年	月	日	追加又は削除 又は変更の理由	被扶養者の離職		認定の可否	可・否	

※死亡の場合は死亡日の翌日

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名			個人番号							
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日又は変更日	9.令和	年	月	日	追加又は削除 又は変更の理由			認定の可否	可・否	

※死亡の場合は死亡日の翌日

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名			個人番号							
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日又は変更日	9.令和	年	月	日	追加又は削除 又は変更の理由			認定の可否	可・否	

※死亡の場合は死亡日の翌日

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名			個人番号							
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日又は変更日	9.令和	年	月	日	追加又は削除 又は変更の理由			認定の可否	可・否	

※死亡の場合は死亡日の翌日

事業所所在地	〒	-	
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号	()		

令和 年 月 日 提出

受付年月日

H30.4.1

事業主受付

副健康保険被扶養者（異動）届

被保険者欄	被保険者証の記号	94	被保険者証の番号	123000	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準報酬月額	千円	
	氏名	(氏) 健保	(名) 太郎	印	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	給与	1. 日給月給 2. 時間給 3. 年俸	
	住所	〒2××-△△△△ 千葉県〇〇市△△町5-5			異動の種類別	追加			2 追加(出生のみ)・3 削除・4 変更			変更内容

※記入漏れや確認書類の添付漏れがあった場合は受理できません。

被扶養者欄	(フリガナ)	ケンボ	ハナコ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名	(氏) 健保	(名) 花子	個人番号	個人番号は記入しない						
	職業	無職	続柄	妻	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日又は変更日	9.令和	年	月	日	追加又は削除 又は変更の理由	被扶養者の離職			認定の可否	可・否

※死亡の場合は死亡日の翌日

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名	(氏)	(名)	個人番号							
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日又は変更日	9.令和	年	月	日	追加又は削除 又は変更の理由			認定の可否	可・否	

※死亡の場合は死亡日の翌日

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名	(氏)	(名)	個人番号							
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日又は変更日	9.令和	年	月	日	追加又は削除 又は変更の理由			認定の可否	可・否	

※死亡の場合は死亡日の翌日

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名	(氏)	(名)	個人番号							
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日又は変更日	9.令和	年	月	日	追加又は削除 又は変更の理由			認定の可否	可・否	

※死亡の場合は死亡日の翌日

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	

令和 年 月 日 提出 受付年月日 H30.4.1

うえのとおり認定になりましたから通知します

令和 年 月 日

イオン健康保険組合理事長