

正 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	99	被保険者証の番号	123456	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		異動の種別	1 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	ジロウ	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	二郎	個人番号	個人番号は記入しない					
	職業	続柄	長男	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	就職	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	99	被保険者証の番号	123456	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	4	3	0	4	0	5	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	1 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	ジロウ	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	二郎	個人番号	個人番号は記入しない					
	職業	続柄	長男	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	就職		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

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