

健康保険

被扶養者（異動・変更）届

令和 年 月 日提出

事業所の
所在地
名称

事業主の
氏名

印

常務理事	事務長	担当

本社・	支店・営業所 工場	部	課	連絡先（電話） — —
-----	--------------	---	---	----------------

被保険者証	記号 番号	被保険者氏名	印	生年月日	昭和 平成	年	月	日	報酬月額
資格取得年月日	平成 令和	年	月	日	被保険者住所				千円

新規 増加 減少	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	職業及び平均月収、恩給年金については 年額、高校生は学校名及び学年	同居 別居 の別	扶養し始めた日又は扶養しなくな った日（離職・死亡・離婚の 場合はその翌日を記入下さい）	理由 (離職・死亡・出生・就職・婚姻・ 離婚など)	
新増減		男・女	昭和 平成 令和	・	・	円	同居 別居	・	・
新増減		男・女	昭和 平成 令和	・	・	円	同居 別居	・	・
新増減		男・女	昭和 平成 令和	・	・	円	同居 別居	・	・
新増減		男・女	昭和 平成 令和	・	・	円	同居 別居	・	・
新増減		男・女	昭和 平成 令和	・	・	円	同居 別居	・	・

扶養証明書	家族構成、生計維持状況、その他参考となる事柄	被扶養者を追加される場合は、居住地区の民生委員の方に証明を受けて下さい。 支店等勤務の方で民生委員による証明が困難な方は支店長の証明を総務課で 受けて下さい。（ただし、子の出生による追加の場合は不要）	左記のとおり事情で、扶養している ことを証明します。
			職氏名 印