

健康保険

被扶養者（異動・変更）届

平成 年 月 日提出

理事長	常務理事	事務長	主務

事業所の所在地

名称 **記入不要です**

事業主の氏名 印

被扶養者を追加、削除する場合に提出します

本社・ **〇〇** 支店・営業所 **△△** 部 **◇◇** 課 連絡先（電話） **〇〇 - ◇◇◇◇**

工場

被保険者証	記号 82	被保険者氏名	生年月日	報酬月額
	番号 100000	三立 太郎 	昭和 〇〇 年 △△ 月 ◇◇ 日	記入不要
資格取得年月日	平成 〇〇 年 △△ 月 ◇◇ 日	被保険者住所	千円	
		高岡市〇〇町△△-◇◇		

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・婚姻など）
新增減	三立 ある子	女	明昭 〇・▽・◇ 大平	妻	無職	同居	平成 〇〇・△△・◇◇	離職のため
新增減		男・女	明昭 大平			同居 別居	・	
新增減		男・女	明昭 大平			同居 別居	・	
新增減		男・女	明昭 大平			同居 別居	・	
新增減		男・女	明昭 大平			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）	左記のと通りの事情で、扶養していることを証明します。
	<p>※この欄にお住まいの地区の民生委員等の証明を受けてください。（子の出生の場合は不要です）</p>		職氏名 印