

正

被保険者被扶養者(異動)届

Table with columns: 決, 済, 常務理事, 事務長, 課長, 担当者

令和 年 月 日 提出

Main form containing fields for insured person details, dependent details, and income information.

Form for business location and name details, including fields for address, name, and phone number.

令和 年 月 日 健康保険組合理事長

受付日印

- 1. ※印欄は記入しないで下さい。
2. 職業欄には文字にこだわらず小学六年、中学二年、高校三年、大学一年、ミシン内職、新聞配達、利子収入等具体的に記入して下さい。
3. 続柄欄には妻、内縁の妻、実父、妻の実父、長男、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
4. 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、家事手伝、不具廃失、死亡、養子縁組等事実を具体的に記入して下さい。

副

被保険者被扶養者(異動)届

決		済	
常務理事	事務長	課長	担当者

令和 年 月 日 提出

被 保 險 者	被保険者証の 記号と番号	第 号	氏名 と印	印	生年月日	昭・平	年 月 日	性別	男 女		
	住 所	〒				資格取得 年月日	年 月 日				
	この届出を出す際の 標準報酬月額	千円		この届出を出す際の 総合取得月額	円		※資格喪失 年月日	年 月 日			
被 扶 養 者	氏 名	性別	生 年 月 日	続 柄	職 業	年間収入 見 込	年金受給の有無 有の場合は 年金額を記入 してください	同居・別 居の別	開始・終 了の別	扶養開始または 終了の年月日	扶養開始または 終了の理由
	(フリガナ)	男・女	昭 平 令	年 月 日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	昭 平 令	年 月 日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	昭 平 令	年 月 日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	昭 平 令	年 月 日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	

事業所所在地	〒 -
事業所名称	(印)
事業主氏名	
電 話	(局) 番

令和 年 月 日
健康保険組合理事長

受付日印

- (注意
事項)
- ※印欄は記入しないで下さい。
 - 職業欄には文字にこだわらず小学六年、中学二年、高校三年、大学一年、ミシン内職、新聞配達、利子収入等具体的に記入して下さい。
 - 続柄欄には妻、内縁の妻、実父、妻の実父、長男、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
 - 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、家事手伝、不具廃失、死亡、養子縁組等事実を具体的に記入して下さい。