

正

# 健康保険被扶養者(異動)届

被扶養者名には必ずカタカナでフリガナを付してください。

常務理事	事務長	課長	係長	係

届書コード  
2 0 2

男女別及び増減、世帯別、届出理由の欄は該当する方をでかこんで下さい。  
欄は記入しないで下さい。

被保険者が記入するところ	記号・番号		事業所の名称		資格取得年月日	年 月 日			
	被保険者の氏名と印		この届を出すときのあなたの月収	円	あなた以外の家族の月収合計	円	この届が受理された後の被扶養者数	名	
	生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者の住所	〒					
	区分	フリガナ 被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄	職業 月収入	世帯別	届出理由 認定(削除)年月日	備考
増・減		男 1 女 2	昭・平・令 .		円	同・別	保険加入、出生、結婚、退職、75歳到達、就職、死亡、その他	年 月 日	添返減 付能失
増・減		男 1 女 2	昭・平・令 .		円	同・別	保険加入、出生、結婚、退職、75歳到達、就職、死亡、その他	年 月 日	添返減 付能失
増・減		男 1 女 2	昭・平・令 .		円	同・別	保険加入、出生、結婚、退職、75歳到達、就職、死亡、その他	年 月 日	添返減 付能失
増・減		男 1 女 2	昭・平・令 .		円	同・別	保険加入、出生、結婚、退職、75歳到達、就職、死亡、その他	年 月 日	添返減 付能失

事業主の証明	住所	
	氏名	
	電話 ( ) 局 番	

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

健康保険被保険者証を受領いたしました。
氏名

受付年月日

- この届書は、はじめて被扶養者の届出をするときと、被扶養者に増減を生じたときに5日以内に事業主を経由して健康保険組合へ提出するものです。
- の続柄については、「妻」「内縁の妻」「子」「孫」「実父」「妻の実父」「兄の子」などとくわしく記入して下さい。
- の職業については、(小学 年)(中学 年)(家事従事)(利子収入)(賃貸収入)(年金収入)などと、その実態がひと目でわかるように記入して下さい。
- の理由については、(出生)(結婚)(失業)(兄の死により引取り扶養)(死亡)(離婚)(就職)などその事実及び発生した年月日を記入して下さい。
- 被扶養者が、被保険者の直系尊属(父母、祖父母など)配偶者、子、兄弟姉妹以外の者であるときには、その者が同一の世帯に属していることの証明書(住民票など)を添付して下さい。
- 被保険者本人が自ら署名する場合には、押印は不要です。被保険者本人以外の方が記入する場合には、押印は省略することができません。
- 必ず本人確認を行なったうえで、認定時に限り の個人番号を記入して下さい。海外在住等により個人番号がない方は個人番号を記入することができない理由を 届出理由の備考欄に記入して下さい。

東京都金属プレス工業健康保険組合