

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	担当者

正

被 保 険 者 欄	健康保険被保険者証の記号・番号		被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日		性別	異動の別	勤務先（所属）	資格取得年月日	標準報酬月額			
	記 号	番 号	フリガナ		昭 平	年 月 日	男 女	増 削除		年 月 日	千円			
被保険者の住所			TEL			別居者の住所			TEL					
申 請 を す る 被 扶 養 者 欄	被扶養者の氏名		生 年 月 日		性別	続 柄	職 業	収 入	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	申請理由	同居・別居の別	被保険者証 回収区分	備 考
	フリガナ		年 月 日		男 女			有・無 月額	年 月 日	年 月 日	出生・離職・結婚 就職・離別・死亡 その他（ ）	同居 別居	添付 減失 返不能	
	フリガナ		年 月 日		男 女			有・無 月額	年 月 日	年 月 日	出生・離職・結婚 就職・離別・死亡 その他（ ）	同居 別居	添付 減失 返不能	
	フリガナ		年 月 日		男 女			有・無 月額	年 月 日	年 月 日	出生・離職・結婚 就職・離別・死亡 その他（ ）	同居 別居	添付 減失 返不能	
	フリガナ		年 月 日		男 女			有・無 月額	年 月 日	年 月 日	出生・離職・結婚 就職・離別・死亡 その他（ ）	同居 別居	添付 減失 返不能	
	フリガナ		年 月 日		男 女			有・無 月額	年 月 日	年 月 日	出生・離職・結婚 就職・離別・死亡 その他（ ）	同居 別居	添付 減失 返不能	

事業所連絡先	TEL	担当
--------	-----	----

平成 年 月 日提出

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電 話	(局) 番

記入上の注意

- ◎収入が【有】の場合は、月額金額（平均）を記入してください。
- ◎申請の理由は該当するものに○をしてください。
- ◎削除の場合は、必ず削除する方の保険者証を添付してください。
- ◎「出生」以外の届出の場合は、添付書類が必要です。

添付書類については、当組合ホームページの「家族を扶養にしたいとき・家族を扶養からはずすとき」をご参照ください。

社会保険 労務士 提出代行者	Ⓜ
----------------------	---

受 付 印

健康保険被扶養者（異動）**認定 削除** 通知書

副

被 保 険 者 欄	健康保険被保険者証の記号・番号			被 保 険 者 の 氏 名			生 年 月 日			性別	異動の別	勤務先（所属）	資格取得年月日	標準報酬月額				
	記 号	番 号	番 号	フリガナ			昭 平	年	月	日	男 女	増 削 除		年	月	日	千円	
被保険者の住所				TEL				別居者の住所				TEL						
申 請 を す る 被 扶 養 者 欄	被扶養者の氏名		生 年 月 日		性別	続 柄	職 業	收 入		被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	申請理由		同居・別居の別	被保険者証 回収区分	備 考		
	フリガナ		昭 平	年	月	日	男 女		有・無	年	月	日	年	月	日	出生・離職・結婚 就職・離別・死亡 その他（ ）	同居 別居	添付 減失 返不能
	フリガナ		昭 平	年	月	日	男 女		有・無	年	月	日	年	月	日	出生・離職・結婚 就職・離別・死亡 その他（ ）	同居 別居	添付 減失 返不能
	フリガナ		昭 平	年	月	日	男 女		有・無	年	月	日	年	月	日	出生・離職・結婚 就職・離別・死亡 その他（ ）	同居 別居	添付 減失 返不能
	フリガナ		昭 平	年	月	日	男 女		有・無	年	月	日	年	月	日	出生・離職・結婚 就職・離別・死亡 その他（ ）	同居 別居	添付 減失 返不能
	フリガナ		昭 平	年	月	日	男 女		有・無	年	月	日	年	月	日	出生・離職・結婚 就職・離別・死亡 その他（ ）	同居 別居	添付 減失 返不能

平成 年 月 日提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

様
(局) 番

上記のとおり 被扶養者として認定 被扶養者から削除
しました。

平成 年 月 日

静岡県自動車販売健康保険組合理事長 ㊟

受 付 印