



常務理事	事務長	担当

### 健康保険被扶養者(異動)届

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号と番号		(フリガナ)				性別 男・女	個人番号													
	記号	番号	被保険者氏名			⑩		昭 平	生年月日	昭 平	年	月	日	報酬月額							千円
	被保険者住所	〒				資格取得年月日	昭 平	年	月	日	報酬月額										千円
被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 被扶養者氏名		性別	被扶養者の生年月日		被保険者との続柄	被扶養者の増・減	同居 別居	今後の年間 収入見込み	異動の理由		扶養開始日または 終了年月日									
	1.		男・女	昭 平	年 月 日		増・減	同居・別居	円	無職・学生・結婚・出生 就職・退職・死亡 その他( )		年 月 日									
			個人番号																		
	2.		男・女	昭 平	年 月 日		増・減	同居・別居	円	無職・学生・結婚・出生 就職・退職・死亡 その他( )		年 月 日									
			個人番号																		
	3.		男・女	昭 平	年 月 日		増・減	同居・別居	円	無職・学生・結婚・出生 就職・退職・死亡 その他( )		年 月 日									
			個人番号																		
	4.		男・女	昭 平	年 月 日		増・減	同居・別居	円	無職・学生・結婚・出生 就職・退職・死亡 その他( )		年 月 日									
			個人番号																		
	5.		男・女	昭 平	年 月 日		増・減	同居・別居	円	無職・学生・結婚・出生 就職・退職・死亡 その他( )		年 月 日									
		個人番号																			

● 事業主が被扶養者の無職・無収入について確認した場合、確認方法について記入して下さい。

上記申請の被扶養者について、無職・無収入であることを下記の書類等で確認しました。  
 確認方法： 税法関係書類 ・ 誓約書 ・ その他( )

上記の事項について、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日提出

事業所所在地 〒  
 事業所名称  
 事業主氏名 ⑩  
 電話番号 ( ) 局 番

#### [ 注意事項 ]

- この届出は、正・副の2枚1組です。
- 「異動の理由」欄は無職、学生、結婚、出生、就職、退職、死亡、その他のいずれかに○をして扶養開始日または終了年月日を記入して下さい。
- 続柄は、長男、長女など正確に記入して下さい。
- 18歳以上(高校生を除く)の方を被扶養者として届け出る場合は、別途、扶養申請書と その方が被保険者によって生計を維持されていることを証明できる「非課税証明書」、「在学証明書」、「給与明細」、「年金通知書の写し」等が必要となります。詳しくは、事業所の担当者、または当健康保険組合にお尋ね下さい。
- 被扶養者の削除(減)の場合は、対象者の保険証カードを添付して下さい。
- 個人番号欄には、12桁の個人番号(マイナンバー)を必ず記入して下さい。

受付日付印



事業主 殿

### 健康保険被扶養者(異動)届確認通知書

被 保 險 者 欄	被保険者証の記号と番号		(フリガナ)			⑩	性別 男・女	個人番号											
	記号	番号	被保険者氏名					昭 平	生年月日										
	被保険者住所	〒				資格取得年月日	昭 平	年	月	日	報酬月額								千円
被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 被扶養者氏名		性別	被扶養者の生年月日		被保険者との続柄	被扶養者の増・減	同居 別居	今後の年間 収入見込み	異動の理由		扶養開始日または 終了年月日							
	1.		男・女	昭 平	年 月 日		増・減	同居・別居	円	無職・学生・結婚・出生 就職・退職・死亡 その他( )		年 月 日							
			個人番号																
	2.		男・女	昭 平	年 月 日		増・減	同居・別居	円	無職・学生・結婚・出生 就職・退職・死亡 その他( )		年 月 日							
			個人番号																
	3.		男・女	昭 平	年 月 日		増・減	同居・別居	円	無職・学生・結婚・出生 就職・退職・死亡 その他( )		年 月 日							
			個人番号																
	4.		男・女	昭 平	年 月 日		増・減	同居・別居	円	無職・学生・結婚・出生 就職・退職・死亡 その他( )		年 月 日							
			個人番号																
	5.		男・女	昭 平	年 月 日		増・減	同居・別居	円	無職・学生・結婚・出生 就職・退職・死亡 その他( )		年 月 日							
		個人番号																	

確認通知印

年 月 日提出

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ( ) 局) 番

審査結果	認定・否認	認定年月日
否認理由		

昭和電線健康保険組合