



昭和電線健康保険組合 御中

記入例

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号と番号		(フリガナ)	ケンボ	タロウ	健保	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	記号	番号	被保険者氏名	健保	太郎				生年月日	昭	平	3	5	年	8	月	2	2	日		
被保険者住所		〒210-0847 神奈川県川崎市川崎区小田栄2丁目2-2			資格取得年月日	昭	平	18	年	4	月	1	日	報酬月額	410 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									
	ケンボ ヤスコ 健保 康子		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	昭	38	3	3	妻	増	同居	0	無職・学生・結婚・出生 就職 <input checked="" type="radio"/> 退職 死亡	令和 2年1月1日								
	ケンボ ハナコ 健保 花子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	昭	2	6	8	次女	減	同居	250万	無職・学生・結婚・出生 就職 <input checked="" type="radio"/> 退職・死亡	令和 2年1月1日								
			個人番号	扶養から外す場合は、個人番号の記入は不要です。																	
			個人番号																		
		個人番号																			
		個人番号																			
		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。 令和2年1月5日提出

事業所所在地 〒 () 局 番

事業所名称

事業主氏名

電話番号 () 局 番

こちらに事業主(会社)の
証明印が必要です

[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。
- 被扶養者(増)の場合は、個人番号欄に12桁の個人番号(マイナンバー)を必ず記入して下さい。被扶養者(減)の場合、個人番号は不要です。

受付日付印



昭和電線健康保険組合 御中

(副は、正の複写です)

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)	ケンボ	タロウ	健保	性別	男	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	記号	番号	被保険者氏名	健保	太郎				生年月日	昭	平	3	5	年	8	月	2	2	日	報酬月額	410
被保険者住所		〒210-0847 神奈川県川崎市川崎区小田栄2丁目2-2			資格取得年月日	昭	平	18	年	4	月	1	日								
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									
	ケンボ ヤスコ 健保 康子		男	昭	38	3	3	妻	増	同居	0	無職・学生・結婚・出生 就職(退職)死亡	令和 2	1	1						
	ケンボ ハナコ 健保 花子		女	昭	2	6	8	次女	減	同居	250万	無職・学生・結婚・出生 就職(退職)死亡	令和 2	1	1						
			個人番号																		
			個人番号																		
		個人番号																			
		個人番号																			

確認通知印

令和2年1月5日提出

事業所所在地 〒 () 局 番

事業所名称

事業主氏名

電話番号

こちらに事業主(会社)の
証明印が必要です

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