

健康保険被扶養者（異動）届

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

決		裁	

被 保 険 者	被保険者証の記号と番号	第 〇〇 〇〇〇〇 号	氏名と印	健保 太郎	（健保）	生年月日	明・大昭・平	49年 4月 1日	性別	男 女	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1				資格取得年月日	平成4年 4月 1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所得月額	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	年間所得見込	年金受給の有無（右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） ケンボ アイコ	男・女	明大昭平 10 10 10	母		円	有・無 （ 円）	同・別	始・終	年 月 日	
	（フリガナ） 健保 愛子	男・女	明大昭平			円	有・無 （ 円）	同・別	始・終	年 月 日	
	（フリガナ）	男・女	明大昭平			円	有・無 （ 円）	同・別	始・終	年 月 日	
	（フリガナ）	男・女	明大昭平			円	有・無 （ 円）	同・別	始・終	年 月 日	
	（フリガナ）	男・女	明大昭平			円	有・無 （ 円）	同・別	始・終	年 月 日	
	（フリガナ）	男・女	明大昭平			円	有・無 （ 円）	同・別	始・終	年 月 日	
	（フリガナ）	男・女	明大昭平			円	有・無 （ 円）	同・別	始・終	年 月 日	
	（フリガナ）	男・女	明大昭平			円	有・無 （ 円）	同・別	始・終	年 月 日	

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	（ 局） 番
電話	

平成 年 月 日
太陽誘電健康保険組合理事長

受付日付印

- （注意事項）
- ※印欄は記入しないで下さい。
 - この届書を提出するときは健康保険被保険者証を添付して下さい。（資格取得時を除く）
 - 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、孫、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、不具廃疾、死亡、養子縁組等事実を具体的に記入して下さい。