

① Health Insurance Card

② Sex: Male (男)/Female (女)

⑥ Date of Acquisition of Dependent Status (YY/MM/DD) \*Please refer to your

Internal Mail Code / Internal Tel. No

社内郵便番号 ×××-×××	電話番号 ××-××××-×××× *4桁目 ×××-××××
-------------------	---------------------------------------

提出先：日本アイ・ビー・エム株  
社会保険担当 (MK-X19-W 1)  
正・副 2 ページを提出して下さい。

⑤ Current Home

太枠内を記入して下さい。

Notification of Change of Non-Working Dependents  
健康保険被扶養者(異動)届

提出月日 平成××年××月××日

この欄は、届出をする被保険者本人について記入して下さい。

① 被保険者証の 記号 ××××××××	② 性別 男・女	③ 氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	④ 生年月日 昭和××年××月××日 平成××年××月××日
⑤ 現住所 〒×××-×××× 東京都××区××町××-××-××	⑥ 資格取得年月日 昭和××年××月××日 平成××年××月××日		⑦ 事業所の名称 日本アイ・ビー・エム株式会社
⑧ 事業者の所在地 東京都中央区日本橋箱崎町19番21号	⑨ 夫婦共働きで、子を扶養者とする場合の夫婦の年間収入 (給与のみの場合は直近年度の源泉徴収票の総支払額) 夫：600万円 妻：200万円		⑩ この届が受理された後被扶養者数 2名
⑪ この届が受理される前の被扶養者数 0名		⑫ 提出月日 平成××年××月××日	

⑧ Annual income of husband & wife, respectively when both are working

Number of dependents  
⑩ When this change is approved

(4)(3)(2)(1) この届書は、被扶養者に異動(増減)を生じたとき、5日以内に健康組合へ提出して  
ください。なお、被扶養者(減)の場合はその方の被保険者証を添付してください。  
添付書類は裏面の「提出書類一覧表」を参照してください。  
被扶養者(減)の届出の場合⑦⑨⑩の記入は不要です。

この欄は、増減する被扶養者のみについて記入して下さい。

⑫ 増加 又は減少の別	⑬ (フリガナ) 氏名 生年月日	⑭ 性別	⑮ 被保険者との続柄	⑯ 職業	⑰ 月平均収入額 円	⑱ 被保険者と同居・別居 (同居の場合は要記入)	⑲ 扶養されるようになった日 (死亡の場合は死亡日の翌日)	⑳ 扶養されなくなった日 (死亡の場合は死亡日の翌日)	㉑ 削除理由 就職 死亡 後期高齢者 その他	㉒ 喪失 要・否	㉔ 認定年月日	㉖ 備考	㉗ 証添付
増	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 ××年××月××日生	男・女	妻	なし	0	同居	平成××年××月××日	平成 年 月 日	就職 死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日		
増	(フリガナ) ケンポ ハルコ 健保 春子 ××年××月××日生	男・女	二女	学生	50,000	同居	平成××年××月××日	平成 年 月 日	就職 死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日		
増	(フリガナ) _____ _____								就職 死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日		
減	(フリガナ) _____ _____								就職 死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日		

- ⑫ Addition / Deletion of Dependent : Addition (増) / Deletion (減)
- ⑬ Name & Birth Date (YY/MM/DD): Taisho (大) / Shouwa (昭) / Heisei (平)
- ⑭ Sex : Male (男) / Female (女)
- ⑮ Relationship
- ⑯ Occupation
- ⑰ Average monthly income
- ⑱ Residence: Same (同居) / Different (別居)
- ⑲ Date dependency commenced (YY/MM/DD)
- ⑳ Date dependency ended (YY/MM/DD)
- ㉑ Reason of deletion : Got a Job (就職) / Died (死亡) / Reached the age of 75 years old (後期高齢者) / Others (その)

事業所所在地 〒 \_\_\_\_\_

事業所名称 \_\_\_\_\_

事業主氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

G L	担当者	決済日付印	受付日付印
	v		