

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.

社内郵便番号 ×××-×××	電話番号 ××-××××-××××
	※(2桁) ×××-××××

提出先: 日本アイ・ビー・エム(株)
社会保険担当 (MK-X19-W1)
正・副 2 ページを提出して下さい。

⑤ Current Home

(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日以内に健保組合へ提出してください。扶養認定日は原則として決済日となります。扶養者(減)の届出の場合⑦⑨の記入は不要です。

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××-××-××	⑦ 事業所の名称 日本アイ・ビー・エム株式会社		⑧ 夫婦共働きで、子を扶養者とする場合の夫婦の年間収入 夫: 円 妻: 円 (給与のみの場合は直近年度の源泉徴収票の総支払額)
⑨ 事業者の所在地 東京都中央区日本橋箱崎町19番21号	⑩ この届が受理された後被扶養者数 0 名	⑪ この届が受理される前の被扶養者数 1 名	⑧ Annual income of husband & spouse, respectively when both are

⑧ Annual income of husband & spouse, respectively when both are

Number of dependents
⑩ When this change is approved

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 氏名 (フリガナ)	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	⑲ 扶養されるようになった日 平成 年 月 日	⑳ 扶養されなくなった日 (死亡の場合は死亡日の翌日) 平成××年××月××日	㉑ 削除理由	㉒ 喪失証明書	㉓ 認定年月日	㉔ 削除年月日	㉕ 備考	㉖ 証添付
増	ケンポ ハナコ 健保 花子	男・女	妻			同居・別居	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	年 月 日		
減														
増														
減														

- ⑫ Addition / Deletion of Dependent : Addition (増) / Deletion (減)
- ⑬ Name & Birth Date (YY/MM/DD): Taisho (大) / Showwa (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 when 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 (その他)

事業所 事務局長 G L 担当者

事業所

事業主

電話

決済日付印 受付日付印