

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

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

Notification of Change of Non-Working Dependents

健康保険被扶養者(異動)届

社内郵便番号: XXX-XXXX 電話番号: XXX-XXXX-XXXX

太枠内を記入して下さい。

提出月日 平成XX年XX月XX日

被扶養者(減)の届出の場合①⑨の記入は不要です。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。

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 ③ 氏名 ④ 生年月日 ⑤ 現住所 ⑥ 資格取得年月日 ⑦ 事業所の名称 ⑧ 夫婦共働きでの年間収入 ⑨ 事業者の所在地 ⑩ この届が受理された後被扶養者数 ⑪ この届が受理される前の被扶養者数

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

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/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 ⑱ 被保険者と同居/別居 ⑲ 扶養されるようになった日 ⑳ 扶養されなくなった日 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

- 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 (その他)

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