

提出先：日本アイ・ビー・エム(株)
 社会保険担当 (MK-DA0-K)
 正・副 2 ページを提出して下さい。

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

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 この届が受理された後被扶養者数 2 名		⑩ この届が受理される前の被扶養者数 0 名
⑪ 夫婦共収入があり、子を扶養者とする場合、夫婦の年間収入 (給与のみの場合は直前年度の源泉徴収票の総支払額)		夫：600万円	妻：0万円

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	⑱ 被保険者と同居・別居 扶養されるようになった日	⑲ 扶養されなくなった日 (死亡の場合は死亡日の翌日)	20 就職 死亡 後期高齢者 その他	21 喪失 証明書 要・否	24 認定年月日	25 削除年月日	26 備考	27 証添付
増	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 天・昭 ××年××月××日生	男・女	妻	なし	0 円	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		
増	(フリガナ) ケンポ ハルコ 健保 春子 天・昭 ××年××月××日生	男・女	二女	学生	50,000 円	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		
増	(フリガナ) 天・昭 年 月 日生	男・女			円	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		
増	(フリガナ) 天・昭 年 月 日生	男・女			円	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		

(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。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。
 被扶養者(増)の届出の場合、健保ホームページの「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、健保ホームページの「提出書類一覧表」を参照してください。
 ⑮の記入は不要です。

事業所所在地 〒
 事業所名称
 事業主氏名
 電話

常務理事	事務長	G L	担当者

決済日付印 受付日付印