



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	印 ○	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 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近年度の源泉徴収票の総支払額) 夫： 円 妻： 円		
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	

(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。

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	⑲ 扶養されるよう になった日	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	㉒ 喪失 証明書	㉓ 就職 死亡 後期高齢者 その他	㉔ 要・否	㉕ 認定年月日	㉖ 削除年月日	㉗ 備考	㉘ 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		円	同居・別居	平成 年 月 日	平成××年××月××日	就職 死亡	喪失証明書	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	喪失証明書	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	喪失証明書	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	喪失証明書	要・否		年 月 日	年 月 日		

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