

提出先：日本アイ・ビー・エム株  
 社会保険担当 (MK-DAO-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 ××-××××-×××× ※ 仮ネット ×××-××××
-------------------	---

## 健康保険被扶養者(異動)届

太枠内を記入して下さい。

**マイナンバーについて** 扶養削除の場合はマイナンバーの記載は不要。出生等にてマイナンバーが付与されていない場合はあらためて届出ていただきます。

提出月日 平成 ×× 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下さい。  
 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下さい。  
 添付書類は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⑰、⑱、⑳の記入は不要です。

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 × × × × × × × × × ×	番号 × × × × × × × × × ×	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： 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	⑪ この届が受理される前の被扶養者数 1 名	⑫ この届が受理される前の被扶養者数 2 名			

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・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 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日 <small>死亡の場合は死亡日の翌日</small>	㉑ 削除理由 就職 死亡 後期高齢者 その他	㉒ 喪失証明書 要・否	㉓ 認定年月日 年 月 日	㉔ 削除年月日 年 月 日	㉕ 備考	㉖ 証添付
増減	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 昭・平 ×× 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 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日	年 月 日		
増減	(フリガナ) 昭・平 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		
増減	(フリガナ) 昭・平 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		
増減	(フリガナ) 昭・平 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		

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電話

理事長	常務理事	G L	担当者

決裁日付印 受付日付印