

提出先： 〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21
日本アイ・ビー・エム健康保険組合 (HZD-YY1)

e-Mail XXXXXXXX@XXX.XXX.XXX	電話番号 XX-XXXX-XXXX
--------------------------------	----------------------

健康保険被扶養者(異動)届

提出月日 平成××年××月××日

太枠内を記入して下さい。

(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、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)の場合、原則として、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、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 <input type="checkbox"/> 特例退職被保険者 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者					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前年度の源泉徴収票の総支払額) 夫：600万円 妻：200万円
⑨ 事業者の所在地					⑩ この届が受理された後被扶養者数 2名
					⑪ この届が受理される前の被扶養者数 0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 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 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 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	同居・別居 (別居の場合は要記入)	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	同居・別居 (別居の場合は要記入)	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)	男・女				同居・別居 (別居の場合は要記入)	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)	男・女				同居・別居 (別居の場合は要記入)	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		

特例退職加入時は、①は記入不要、⑥と⑱は加入年月日

常務理事	事務長	G L	担当者

決済日付印

受付日付印