

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	電話番号
×××××@×××.×××.×××	××-××××-××××

## 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。  
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	③ 氏名	(フリガナ) <b>ケンポ タロウ</b> <b>健保 太郎</b>	印	④ 生年月日	昭和 年 月 日	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	生			
⑤ 現住所	〒 ×××-×××× <b>東京都 ×× 区 ×× 町 ×× - ×× - ××</b>						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： <b>600万</b> 円 妻： <b>0</b> 円				
⑨ 事業者の所在地						⑪ この届が受理された後被扶養者数		2 名		⑫ 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	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
増減	(フリガナ) <b>ケンポ ハナコ</b> <b>健保 花子</b>	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	妻	なし	0 円	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/>	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	平成 年 月 日	就職死亡	要・否	年 月 日	年 月 日		
	⑳ 個人番号 マ付ンバー	住所	㉑ 後期高齢者 その他											
増減	(フリガナ) <b>ケンポ ハルコ</b> <b>健保 春子</b>	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	二女	学生	50,000 円	同居 <input type="radio"/> 別居 <input checked="" type="radio"/>	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	平成 年 月 日	就職死亡	要・否	年 月 日	年 月 日		
	⑳ 個人番号 マ付ンバー	住所	㉑ 後期高齢者 その他											
増減	(フリガナ)	男・女				同居・別居	平成 年 月 日	平成 年 月 日	就職死亡	要・否	年 月 日	年 月 日		
	⑳ 個人番号 マ付ンバー	住所	㉑ 後期高齢者 その他											
増減	(フリガナ)	男・女				同居・別居	平成 年 月 日	平成 年 月 日	就職死亡	要・否	年 月 日	年 月 日		
	⑳ 個人番号 マ付ンバー	住所	㉑ 後期高齢者 その他											

特例退職加入時は、①は記入不要、⑥と⑱は加入年月日

理事長	常務理事	G L	担当者

決裁日付印

受付日付印