

正

提出先： 〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウイング10階
日本アイ・ビー・エム健康保険組合
正・副 2 ページを提出して下さい

高齢受給者証が交付されている方は保険証と合わせて添付してください。

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 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 ××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 被保険者等	記号 × × × × × × × × ×	番号 × × × × × × × × ×	枝番 - 0 0	② 氏名 健保 太郎	③ 生年月日 昭・平 ××年××月××日生
④ 住民票住所	〒 ×××-×××× 東京都××区××町××-××-××				⑤ 資格取得年月日 昭・平 令 ××年××月××日
⑥ 被保険者の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 特例退職被保険者		<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者		⑦ 被保険者及び配偶者の年間収入 (配偶者がいない場合は「配偶者なし」と記入ください)
					被保険者： 円 配偶者： 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。

健保組合使用欄

⑧ 増加 又は減少 の別	⑨ (フリガナ) 氏名 生年月日	⑩ 性別	⑪ 被保険者 との戸籍上 の続柄	⑫ 職業	⑬ 月平均収入額 円	⑭ 被保険者と 同居・別居	⑮ 扶養されるよう になった日	⑯ 資格確認書 発行要否	⑰ 扶養されなく なった日 <small>死亡の場合は死亡日の翌日</small>	⑱ 削除 理由	⑲ 喪失証明書 発行要否	認定年月日	備考
												削除年月日	
増	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子 昭・平・令 ××年××月××日生	男(女)	妻		円	同居・別居	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	令和×年×月××日		<input type="checkbox"/>		
増	(フリガナ)	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	年 月 日	
増	(フリガナ)	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	年 月 日	
減	(フリガナ)	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	年 月 日	

就職→入社日
死亡→死亡日の翌日
後期高齢者→75歳の誕生日
雇用保険受給→受給開始日
国外居住→住民票の転出日

就職、別居など
削除理由を記入

特例退職加入時においては①は記入不要、⑤と⑮は加入年月日を記入

常務理事	事務長	G L	担当者

決裁日付印

受付日付印