

正

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
	ボイスト

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
------	----	---	---	---

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)	印	④ 生年月日	昭和 平成	年	月	日	生
⑤ 現住所	〒						⑥ 資格取得年月日	昭和 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	
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 この届が受理された後被扶養者数		名		⑫ この届が受理される前の被扶養者数		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	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 <small>死亡の場合は死亡日の翌日</small>	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)	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		
	昭・平 年 月 日生	⑳ 個人番号 マイナンバー	記 入 不 要	㉑ 住所	〒 (別居の場合は要記入)									
増減	(フリガナ)	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		
	昭・平 年 月 日生	⑳ 個人番号 マイナンバー	記 入 不 要	㉑ 住所	〒 (別居の場合は要記入)									
増減	(フリガナ)	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		
	昭・平 年 月 日生	⑳ 個人番号 マイナンバー	記 入 不 要	㉑ 住所	〒 (別居の場合は要記入)									
増減	(フリガナ)	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		
	昭・平 年 月 日生	⑳ 個人番号 マイナンバー	記 入 不 要	㉑ 住所	〒 (別居の場合は要記入)									

(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。

(2) 扶養認定日は、原則として決裁日となります。

(3) 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。

(4) 被扶養者(減)の届出の場合⑦、⑩、⑫の記入は不要です。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	㉗
電話	

理事長	常務理事	G L	担当者

決裁日付印	受付日付印
-------	-------

副

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
	ボイスト

健康保険被扶養者認定又は削除通知書

太枠内を記入して下さい。

マイナンバーについて 「正」のみマイナンバーをご記入ください。「副」であるこの通知書にはマイナンバーの記載は不要です。

提出月日	平成	年	月	日
------	----	---	---	---

(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。
 (2) 添付書類は裏面の「提出書類一覧表」を参照してください。
 (3) 被扶養者(減)の届出の場合⑦⑧⑨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)	印	④ 生年月日	昭和 平成	年	月	日	生
⑤ 現住所	〒				⑥ 資格取得 年月日	昭和 平成	年	月	日	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		
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 された後 被扶養者数	名		⑫ この届が受理 される前 の被扶養者数	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 男・女	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 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) 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		
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	㉗
電話	

と認定
健康保険被扶養者異動届にもとづき、上記の者が被扶養者
から削除
されましたので通知します。

日本アイ・ビー・エム健康保険組合 理事長