

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
	ポイネット

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
 ください。なお、被扶養者(増)の場合、健康保険組合ホームページの「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、健康保険組合ホームページの「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)	印	④ 生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	⑤ 現住所	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 事業者の 所在地 東京都中央区日本橋箱崎町19番21号	⑨ 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近年度の源泉徴収票の総支払額) 夫： 円 妻： 円	⑩ この届が受理 された後 被扶養者数 名	⑪ 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 (死亡の場合は死亡日の翌日) 平成 年 月 日	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 年 月 日
増	(フリガナ) 昭・平 年 月 日生	男・女	住所 〒 (別居の場合は要記入)		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		年 月 日
増	(フリガナ) 昭・平 年 月 日生	男・女	住所 〒 (別居の場合は要記入)		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		年 月 日
増	(フリガナ) 昭・平 年 月 日生	男・女	住所 〒 (別居の場合は要記入)		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		年 月 日
増	(フリガナ) 昭・平 年 月 日生	男・女	住所 〒 (別居の場合は要記入)		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		年 月 日

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	㉗
電話	

常務理事	事務長	G L	担当者

決済日付印 / 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-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
	ボイネット

健康保険被扶養者認定又は削除通知書

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、健康保険ホームページの「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、原則として「被扶養者(減)」の届出の場合同様に提出してください。
被扶養者(増)の届出の場合、健康保険ホームページの「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)	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	名	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。												24	26	27
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 平成 年 月 日	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 (死亡の場合は死亡日の翌日) 平成 年 月 日	㉑ 削除理由	㉒ 喪失証明書	24 認定年月日	26 備考	27 証添付	
増	(フリガナ)	男・女	23 住所	〒	(別居の場合は要記入)	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			
減	(フリガナ)	男・女	23 住所	〒	(別居の場合は要記入)	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			
増	(フリガナ)	男・女	23 住所	〒	(別居の場合は要記入)	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			
減	(フリガナ)	男・女	23 住所	〒	(別居の場合は要記入)	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			

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	㊹
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
されましたので通知します。
から削除

日本アイ・ビー・エム健康保険組合 理事長