

正

提出先：各会社の社会保険担当者  
正・副 2 ページを提出して下さい。

社内郵便番号	電話番号
	ホi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(減)の場合はその方の被保険者証を添付してください。  
 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)の届出の場合、健康保険組合の「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	日
⑦ 事業所の名称							⑧ 夫婦共収入があり、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： 妻：	円 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	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 円	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 (死亡の場合は死亡日の翌日)	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	(フリガナ) ..... 昭・平 年 月 日生	男・女	23 住所	〒	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		
減	(フリガナ) ..... 昭・平 年 月 日生	男・女	23 住所	〒	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	(フリガナ) ..... 昭・平 年 月 日生	男・女	23 住所	〒	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		
減	(フリガナ) ..... 昭・平 年 月 日生	男・女	23 住所	〒	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	㊤
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：各会社の社会保険担当者  
正・副 2 ページを提出して下さい。

社内郵便番号	電話番号
	ホ・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)」の場合はその方の被保険者証を添付してください。  
 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。  
 被扶養者(減)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	日
⑦ 事業所の名称							⑧ 夫婦共収入があり、子を扶養者とする場合の夫婦の年間収入	夫：	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	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	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) 生年月日	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) 生年月日	男・女	住所	〒	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) 生年月日	男・女	住所	〒	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) 生年月日	男・女	住所	〒	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	㊤
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