

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
	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								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	妻：	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		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	平成 年 月 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>	平成 年 月 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)	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			
	昭・平 年 月 日生	⑳ 個人番号 マイナンバー	記	入	不	要	㉔ 住所	〒 (別居の場合は要記入)						年 月 日			
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			
	昭・平 年 月 日生	⑳ 個人番号 マイナンバー	記	入	不	要	㉔ 住所	〒 (別居の場合は要記入)						年 月 日			
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			
	昭・平 年 月 日生	⑳ 個人番号 マイナンバー	記	入	不	要	㉔ 住所	〒 (別居の場合は要記入)						年 月 日			
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			
	昭・平 年 月 日生	⑳ 個人番号 マイナンバー	記	入	不	要	㉔ 住所	〒 (別居の場合は要記入)						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下さい。

(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。

(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：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
	※イ初

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

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	生
⑤ 現住所 〒	⑥ 資格取得 年月日			昭和 年 月 日 平成	日
⑦ 事業所の名称	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： 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	

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) 氏名 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) 氏名 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) 氏名 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) 氏名 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		

(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) 扶養認定日は、原則として決済日となります。
 (3) 添付書類は裏面の「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⑦⑧⑨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	

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