

提出先： 〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21
日本アイ・ビー・エム健康保険組合 (HZD-YY1)

e-Mail	電話番号

健康保険被扶養者(異動)届

太枠内を記入して下さい。

提出月日 平成 年 月 日

(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	<input type="checkbox"/> 特例退職被保険者 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者						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	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	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	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
増減	(フリガナ)	男・女	23	住所	〒	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)	男・女	23	住所	〒	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)	男・女	23	住所	〒	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)	男・女	23	住所	〒	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		

特例退職加入時は、①は記入不要、⑥と⑱は加入年月日

常務理事	事務長	G L	担当者

決済日付印	受付日付印
-------	-------