

① Health Insurance Card

② Sex: Male (男)/Female (女)

⑥ Date of Acquisition of Dependent Status (YY/MM/DD) *Please refer to your

Internal Mail Code / Internal Tel. No

提出先: 日本アイ・ビー・エム(株) 社会保険担当 (MK-X19-W1) 正・副 2 ページを提出して下さい。

⑤ Current Home

Notification of Change of Non-Working Dependents 健康保険被扶養者(異動)届

社内郵便番号: ×××-××× 電話番号: ××-××××-××××

(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日以内に健康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(減)の届出の場合⑩⑪⑫の記入は不要です。

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	× × × × × × × × × ×	② 性別	男・女	③ 氏名 (フリガナ)	ケンボ タロウ 健保 太郎	④ 生年月日	昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	⑤ 資格取得年月日	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日
⑤ 現住所	〒 ×××-×××× ××× 東京都 ×× 区 ×× 町 ××-×××-×××								
⑦ 事業所の名称	××××株式会社			⑦ Name of Business Entity	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額の総支払額) 夫: 600万 円 妻: 200万 円				
⑨ 事業者の所在地	××県××市××町××-×××-×××			⑨ Address of Business Entity	⑩ この届が受理された後 被扶養者数	2 名		⑪ この届が受理される前の 被扶養者数	0 名

⑧ Annual income of husband & wife, respectively when both are working

Number of dependents ⑩ When this change is approved

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 氏名 (フリガナ)	14 生年月日	15 性別	16 被保険者との続柄	17 職業	18 月平均収入額	19 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	24 認定年月日	26 備考	27 証添付
増	ケンボ ハナコ 健保 花子	××年××月××日	男・女	妻	なし	0 円	同居	平成××年××月××日	平成 年 月 日	就職死亡	要・否	年 月 日		
増	ケンボ ハルコ 健保 春子	××年××月××日	男・女	二女	学生	50,000 円	同居	平成××年××月××日	平成 年 月 日	就職死亡	要・否	年 月 日		
増										就職死亡	要・否	年 月 日		
増										就職死亡	要・否	年 月 日		

- 12 Addition / Deletion of Dependent : Addition (増) / Deletion (減)
- 13 Name & Birth Date (YY/MM/DD): Taisho (大) / Shouwa (昭) / Heisei (平)
- 14 Sex : Male (男) / Female (女)
- 15 Relationship
- 16 Occupation
- 17 Average monthly income
- 18 Residence: Same (同居) / Different (別居)
- 19 Date dependency commenced (YY/MM/DD)
- 20 Date dependency ended (YY/MM/DD)
- 21 Reason of deletion : Got a Job (就職) / Died (死亡) / Reached the age of 75 years old (後期高齢者) / Others (その他)

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電話

G	L	担当者	決済日付印	受付日付印
		v		