

正

提出先： 〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウイング10階
日本アイ・ビー・エム健康保険組合
正・副 2 ページを提出して下さい

有効期限内の資格確認書をお持ちの方は添付してください。

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 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 ××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 被保険者等	記号 × × × × × × × × × ×	番号 × × × × × × × × × ×	枝番 - 0 0	② 氏名 健保 太郎	③ 生年月日 昭・平 ×× ×× ×× 生
④ 住民票住所	〒 ×××-×××× 東京都××区××町××-××-××				⑤ 資格取得年月日 昭・平 年 月 日 令 ×× ×× ×× 日
⑥ 被保険者の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 特例退職被保険者		<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者		⑦ 被保険者及び配偶者の年間収入 (配偶者がいない場合は「配偶者なし」と記入ください)
					被保険者： 円 配偶者： 円

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。

⑧ 増加又は減少の別	⑨ (フリガナ) 氏名 生年月日	⑩ 性別	⑪ 被保険者との戸籍上の続柄	⑫ 職業	⑬ 月平均収入額 円	⑭ 被保険者との同居・別居	⑮ 扶養されるようになった日	⑯ 資格確認書発行要否	⑰ 扶養されなくなった日 (死亡の場合は死亡日の翌日)	⑱ 削除理由	⑲ 喪失証明書発行要否	健保組合使用欄		
												認定年月日	備考	
増	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	男・女 女	妻		円	同居・別居 同居	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	令和 ×年×月××日		<input type="checkbox"/>	就職、別居など 削除理由を記入	日	
減	(フリガナ)	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要			<input type="checkbox"/>		年 月 日	
増	(フリガナ)	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/>		年 月 日	
減	(フリガナ)	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/>		年 月 日	

就職→入社日
死亡→死亡日の翌日
後期高齢者→75歳の誕生日
雇用保険受給→受給開始日
国外居住→住民票の転出日

特例退職加入時においては①は記入不要、⑤と⑬は加入年月日を記入

常務理事	事務長	G L	担当者

決裁日付印

受付日付印