

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

### 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 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下さい。  
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。  
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。  
被扶養者(減)の届出の場合⑬、⑭、⑯の記入は不要です。

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	枝番	② 氏名	③ 生年月日	昭・平	年	月	日	生
④ 現住所	〒				⑤ 資格取得年月日	昭・平令	年	月	日	
⑥ 事業所の名称	日本アイ・ビー・エム株式会社				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。										健保組合使用欄		
⑧ 増加又は減少の別	⑨ (フリガナ) 氏名 生年月日	⑩ 性別	⑪ 被保険者との続柄	⑫ 職業	⑬ 月平均収入額 円	⑭ 被保険者と同居・別居	⑮ 扶養されるようになった日	⑯ 扶養されなくなった日 (死亡の場合は死亡日の翌日)	⑰ 削除理由	⑱ 喪失証明書	認定年月日	備考
増減	(フリガナ) 生年月日	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	就職死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日 生	⑲ 個人番号 マイナンバー	記 入 不 要	⑳ 住所	〒 (別居の場合は要記入)						年 月 日	
増減	(フリガナ) 生年月日	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	就職死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日 生	⑲ 個人番号 マイナンバー	記 入 不 要	⑳ 住所	〒 (別居の場合は要記入)						年 月 日	
増減	(フリガナ) 生年月日	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	就職死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日 生	⑲ 個人番号 マイナンバー	記 入 不 要	⑳ 住所	〒 (別居の場合は要記入)						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

決裁日付印 受付日付印

提出先： 日本アイ・ビー・エム(株)  
社会保険担当 (MK-DA0-K)  
正・副 2 ページを提出して下さい。

## 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。

提出月日 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(減)の場合はその方の被保険者証を添付して下さい。  
 添付書類は裏面の「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⑬、⑮、⑯の記入は不要です。

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	枝番	② 氏名	③ 生年月日	昭・平	年	月	日	生
④ 現住所	〒				⑤ 資格取得年月日	昭・平 令	年	月	日	
⑥ 事業所の名称	日本アイ・ビー・エム株式会社				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。										健保組合使用欄		
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 との続柄	⑫ 職業	⑬ 月平均収入額 円	⑭ 被保険者と 同居・別居	⑮ 扶養されるよう になった日	⑯ 扶養されなく なった日 (死亡の場合は死亡日の翌日)	⑰ 削除 理由	⑱ 喪失 証明書	認定年月日	備考
増減	(フリガナ) 生年月日	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	就職 死亡	要・否	年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日生				円	同居・別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	就職 死亡	要・否	年 月 日	
					円	同居・別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	就職 死亡	要・否	年 月 日	
					円	同居・別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	就職 死亡	要・否	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