

健康保険被扶養者(異動)届

被保険者証の 記号 番号		フリガナ 被保険者の氏名と印		③ 性別	被保険者の生年月日		常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者														
9	9	9	5	6	9	8	マチダ ミノル	町田 稔	男	昭平	63	年	1	月	15	日									
⑤ 被保険者の勤務する事業所の名称					〇〇〇〇株式会社					⑥ 被保険者の勤務する事業所の所在地					東京都新宿区〇〇〇1-2-3										
⑦ 被保険者住所					東京都世田谷区〇〇〇1-2-3					⑧ 資格取得年月日					昭平 5年4月1日										
										⑨ 標準報酬月額					440千円										
⑩ フリガナ 被扶養者の氏名		⑪	⑫ 生年月日				⑬	⑭	⑮	⑯ 増加または減少の別				⑰ 被扶養者となった日または、資格を失なった日				⑱ 扶養しはじめた理由または扶養しなくなった理由				⑲			
氏	名	性別	元号	年	月	日	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被保険者と被扶養者の世帯別					元号	年	月	日					備考			
マチダ	ススム	男 1	明大	1			3 2	なし	同世帯	増(出生)・・・4								出生							
町田	進	女 2	昭平	2	7	0	4 0 3	次男	別世帯	増(その他)・・・9				平4	2	7	0	4	0	3					
		男 1	明大	1					同世帯	増(出生)・・・4															
		女 2	昭平	2					別世帯	増(その他)・・・9				平4											
マチダ	ハナコ	男 1	明大	1			2 2	パート	同世帯	増(出生)・・・4								就職							
町田	花子	女 2	昭平	0	2	1	2 1 0	妻	別世帯	増(その他)・・・9				平4	2	7	0	3	0	3					
		男 1	明大	1					同世帯	増(出生)・・・4															
		女 2	昭平	2					別世帯	増(その他)・・・9				平4											
マチダ	イチロウ	男 1	明大	1			1 1	なし	同世帯	増(出生)・・・4								死亡				死亡日			
町田	一郎	女 2	昭平	2	6	0	3 2 9	実父	別世帯	増(その他)・・・9				平4	2	7	0	1	1	3	1月12日				
うへの申請について、事実上平成 年 月 日		⑰欄の増(出生)・・・4は、⑱欄に出生した日を記入してください。 減(死亡)・・・4は、死亡した日の翌日(備考欄に死亡日を記入してください。) 減(その他)・・・9は、就職し健康保険の資格を取得した日を記入してください。 ⑱欄の理由は、必ず記入してください。										事業所			課長	係長	係員								
事業所名称 所在地 事業主氏名												事業所			印	印	印								