

# 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 マチダ ミノル		③ 性別 男	被保険者の生年月日 63年1月15日		常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者			
999	5698	町田 稔		町田	昭平									
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 性別	⑫ 生年月日		⑬ 被保険者との続柄		⑭ 別添の続柄コードをご参照ください。		⑮ 被扶養者となった日または、資格を失った日		⑯ 備考			
氏名	性別	元号	年	月	日	続柄	続柄コード	元号	年	月	日	備考		
マチダ アユミ	男 1	明大	2	0	4	03	2 2	平4	2	6	0	4	03	婚姻のため
町田 亜由美	女 2	昭平	4				妻	平4						
	男 1	明大	1					平4						
	女 2	昭平	3					平4						
	男 1	明大	1					平4						
	女 2	昭平	3					平4						
	男 1	明大	1					平4						
	女 2	昭平	3					平4						
	男 1	明大	1					平4						
	女 2	昭平	3					平4						

⑮欄の増(その他)9は、⑮欄に被扶養者となった日を記入してください。

①認定日については、被扶養者となった日が受付日と離れている場合は、受付日から5営業日さかのぼった日が認定日となります。

②日付が無記入の場合の認定日は、受付日となりますのでご注意ください。

⑯欄の理由は、必ず記入して下さい。

必要な添付書類と保険証をあわせて申請してください。

日付を忘れずにご記入ください。

事業主印等、担当者印等は忘れずに!

うえの申請について、事実と相違ないことを証明する。  
平成 26 年 4 月 7 日

事業所 名称 〇〇〇〇株式会社  
所在地 東京都新宿区〇〇〇1-2-3  
事業主氏名 人事部長 〇〇〇〇〇

印

課長	係長	係員
(印)	(印)	(印)