

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。	⑰ 被扶養者となった日または、資格を失った日		⑱ 扶養しはじめた理由または扶養しなくなった理由		⑲ 備考				
氏名	性別	元号	年	月	日	世帯別	増(出生)・・・4 増(その他)・・・9 減(死亡)・・・4 減(その他)・・・9	元号	年	月	日	備考			
マチダ カズコ	男 1	明大	1			1 2	同世帯	平4	2	6	0	4	0	3	無職無収入のため
町田 和子	女 2	昭平	3	4	0	4	0	3							
	男 1	明大	1				同世帯	平4							
	女 2	昭平	2												
	男 1	明大	1												
	女 2	昭平	2												
	男 1	明大	1												
	女 2	昭平	2												

⑱欄の理由は、必ず記入して下さい。

⑰欄の増(その他)9は、⑱欄に被扶養者となった日を記入してください。

①被保険者が資格取得(入社)の場合は資格所得日(入社日)が入ります。
※ただし入社日から1ヵ月を過ぎての申請は入社日にはならず通常の被扶養者申請と同じ扱いとなります。

②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。

③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。

日付を忘れずにご記入ください。

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

事業主印等、担当者印等は忘れずに!

課長	係長	係員
(印)	(印)	(印)