

正

決 済 日 付 印

健康保険被扶養者（異動）届

Table with 6 columns: 常務理事, 事務長, 部長, 課長, 係長, 抜者

Header form containing: 被保険者証番号, 被保険者氏名, 生年月日, 昭・平, 年, 月, 日, 取得年月日, 昭和, 平成, 年, 月, 日, 被保険者の住所, この届出が受理された後の被扶養者数, この届出が受理された前の被扶養者数, 被保険者の額

被扶養者となる者又は被扶養者でなくなる者について

Main table with columns: 異動の別, フリガナ氏名, 性別, 生年月日, 被保険者の続柄, 職業, 過去1年間の収入額, 扶養しはじめた日又は扶養しなくなった日, 理由, 世帯別, 個人番号, 住所(別居のみ)

Additional information form: 上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。平成 年 月 日, 事業所所在地, 事業所名称, 事業所主, 電話番号

この届書は被扶養者に異動(増減)を生じたときに、5日以内に事業主を経由して組合へ(正副2通)提出いただくものです。被扶養者削除の場合のみ、対象者の健康保険被保険者証を添付してください。

【お願い】

この届書は、増加と削除(減少)をそれぞれ別紙で作成してください。記入欄にもれなく記載してください。

【被扶養者となるものについて届出をする場合に添付する証明書】

- 1. 16歳未満(義務教育課程にある者)の方以外の者については、住民税非課税証明書、住民税課税在学証明書、身体障害者手帳の写し等を必ず添付して下さい。
2. 年金(恩給)等の受給者については直近の年金額改定通知書の写し等を必ず添付してください。
3. 被保険者の同居の配偶者、子以外の者については世帯全員の住民票を必ず添付してください。
4. その他、状況により上記以外の証明書類等を提出していただく場合もあります。

(東京港健康保険組合)

副

健康保険被扶養者（異動）届

被保険者証 番号・番号	第 号	被保険者 氏名・印	⑩	生年月日	昭・平	年	月	日		
				取得年月日	昭 平成	年	月	日		
被保険者の住所	〒			この届出が受理 された被扶養者数	名	この届出が受理 された前被扶養者数	名	被保険者の 報酬月額	千円	
被扶養者となる者又は被扶養者でなくなる者について										
異動 の別	フリガナ 氏名	性別	生年月日	被保険 者の続 柄	職業	過去1年間 の収入額	扶養しはじめた日又は 扶養しなくなった日	理由	世帯 別	住所(別居のみ)
増・減		男・女	昭・平 年 月 日			円	平成 年 月 日		同・別	
増・減		男・女	昭・平 年 月 日			円	平成 年 月 日		同・別	
増・減		男・女	昭・平 年 月 日			円	平成 年 月 日		同・別	
増・減		男・女	昭・平 年 月 日			円	平成 年 月 日		同・別	
増・減		男・女	昭・平 年 月 日			円	平成 年 月 日		同・別	

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

平成 年 月 日

〒

事業所所在地

事業所名称

事業所主

電話番号 () 局 番

（東京港健康保険組合用）