

正

決 済 日 付 印

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	抜者

被 保 険 者 証 号 被 記 号 ・ 番 号	第 号	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
			取 得 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
被 保 険 者 の 住 所	〒		こ の 届 出 が 受 理 の 数	こ の 届 出 が 受 理 の 数	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 と 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)	
増・減		男・女	昭・平・令 年 月 日			円	平・令 年 月 日		同・別		
増・減		男・女	昭・平・令 年 月 日			円	平・令 年 月 日		同・別		
増・減		男・女	昭・平・令 年 月 日			円	平・令 年 月 日		同・別		
増・減		男・女	昭・平・令 年 月 日			円	平・令 年 月 日		同・別		
増・減		男・女	昭・平・令 年 月 日			円	平・令 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。 令和 年 月 日

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 (局) 番

この届書は被扶養者に異動(増減)が生じたときに、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】

- 16歳未満(義務教育課程にある者)以外の方については、収入証明書、在学証明書、身体障害者手帳の写し等を必ず添付してください。
- 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。
- 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用)

副

健康保険被扶養者（異動）届

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	第 号	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	第 号		取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日			
被 保 険 者 の 住 所	〒		この届出が受理 された後の数	名	この届出が受理 される前の数	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 と の 続 柄	職 業	過 去 1 年 間 の 取 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 ・ 令 年 月 日			円	平 ・ 令 年 月 日		同 ・ 別	
増 ・ 減		男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日			円	平 ・ 令 年 月 日		同 ・ 別	
増 ・ 減		男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日			円	平 ・ 令 年 月 日		同 ・ 別	
増 ・ 減		男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日			円	平 ・ 令 年 月 日		同 ・ 別	
増 ・ 減		男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日			円	平 ・ 令 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。 令和 年 月 日

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	(局) 番

この通知は、速やかに被保険者に交付してください。
この決定に不服がある場合は、行政不服審査法第2条の規定により、
この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、
文書により東京港健康保険組合に審査請求をすることができます。

(東京港健康保険組合)