

健康保険被扶養者(異動)届

本部 決 裁			事業所 決 裁		
常務理事	事務長	係	課長	係長	係

注： 網掛け欄をご記入下さい。

提出日	令和 年 月 日
-----	----------

被 保 険 者	保険証の記号	保険証の番号	氏名 (自署)	フリガナ	生年月日	昭・平・令	性別	資格取得日	昭・平・令
						年 月 日			年 月 日
	被保険者 住所	〒 ※現住所記入			【子どもの扶養開始申請時のみ記入】 当健保に加入していない配偶者を有するときに記入 ※注意事項6.を確認				標準報酬月額
勤務先 事業所名				配偶者の 年間収入	円	被保険者の 年間収入	円	円	千円

被 扶 養 者	フリガナ 氏 名		性別	生年月日	続柄	職業 学校・学年	年間総収入 見込額	年金受給の有無 有の場合は 年金額記入	住居 区分	扶養の 開始・終了	扶養の開始・終了 年月日	扶養の開始・終了の理由 ↓理由番号記入欄
		(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日
	(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日	
	(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日	
	(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日	
	(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日	

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

上記の届出に相違ないことを証明します

年 月 日

受付日付印

東洋製罐健康保険組合理事長 殿

- (注 意 事 項)
1. 扶養終了の届出の場合は、健康保険被保険者証を必ず添付して下さい。就職等で他の健康保険に加入された場合は、加入された健康保険証(写)も添付して下さい。
 2. 「職業、学校・学年」欄には、パート、アルバイト、小学6年、中学2年、高校3年、大学1年、等具体的に記入して下さい。
 3. 「続柄」欄には妻、内縁の妻、実父、妻の実父、子(長男)、孫、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
 4. 「扶養の開始・終了の理由」欄には、開始終了理由に該当する番号を記入して下さい。
 5. 扶養開始の届出の場合は、扶養申請対象者の状況に応じた各種証明書類が必要となります。(就学生は学生であることが証明できる書類等)
 6. 子どもの扶養開始申請時には、当健保に加入していない配偶者の直近の収入が証明できる書類(源泉徴収票、所得証明書等)を添付して下さい。