

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当者	

田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日 提出 【被扶養者に異動（増減）を生じたときは、理由が発生してから5日以内に提出してください】

被保険者の欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	フリガナ 氏名	(印)	生年月日	年 月 日	性別		資格取得日	平成 年 月 日
	現住所	〒 -			事業所		所 属			勤務先 電話番号	(内線)

被扶養者の欄	増減の 区分	フリガナ	性別	生年月日			続 柄	職業 (学校学年)	住居の別	年間収入見込額 (年金・パート・家賃 収入・利息収入等)	扶養(する・しなくなった) 理 由 お よ び 年 月 日		※ 認定 または 削除年月日	
		氏 名									理 由	年 月 日		
					年 月 日		()	.	千円/年		令和 年 月 日	年 月 日		
					年 月 日		()	.	千円/年		令和 年 月 日	年 月 日		
					年 月 日		()	.			令和 年 月 日	年 月 日		
					年 月 日		()	.			令和 年 月 日	年 月 日		
					年 月 日		()	.			令和 年 月 日	年 月 日		
	備考	被扶養者を削除するとき資格喪失証明書が ()												

事業主の欄	上記のとおり相違ないことを証明します。	
	所在地	
	事業主 名 称 氏 名	(印)

受付日付印

- <注意事項> 2019.05.01
1. 減少の場合は、被扶養者の「被保険者証」を添付してください
2. 続柄欄には「妻」「実母」「妻の実父」「長男」「養子」「養母」「弟」等詳しく記入してください
3. 職業欄は具体的に記入してください
4. 理由欄には扶養する理由として、結婚・出生・退職・失業給付受給終了等、扶養しなくなった理由として、離婚・就職・収入限度額超過・死亡等、事実を具体的に記入してください
5. 「※」印の欄は記入しないでください
6. 資格喪失証明書が必要な場合は備考欄に記入してください
7. この届出書をコピーして2部提出してください