

正

健康保険被扶養者異動届 (氏名訂正届・生年月日訂正届)

※ 伺	常務理事	事務長	課長	係長	扱者

被保険者証の 記号			番号	性別	男・女	ふりがな 氏名	㊦	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生	(才)
事業所の名称 及び事業主名			㊦				事業所の所在地						
資格取得日		昭和 平成	年	月	日	この届を出す際の 標準報酬月額	千円	職 種					
ふりがな 住 所		〒				(電話)		この届出が受理される 前の被扶養者数		※ 増・減・新 人			
少 増 加 別 減	性 別	続柄	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	職業 月平均 収入額	住所 (別居の場合は住所を記入して下さい。)		扶養し始めた日、又 は扶養しなくなった日	扶養・削除の事由	※この欄は記入しないで下さい。 認定・削除年月日			備考
増 ・ 減	男 ・ 女			明 大 昭 平	年 月 日	同居 別居		年 月 日		年 月 日			
増 ・ 減	男 ・ 女			明 大 昭 平	年 月 日	同居 別居		年 月 日		年 月 日			
増 ・ 減	男 ・ 女			明 大 昭 平	年 月 日	同居 別居		年 月 日		年 月 日			
増 ・ 減	男 ・ 女			明 大 昭 平	年 月 日	同居 別居		年 月 日		年 月 日			
増 ・ 減	男 ・ 女			明 大 昭 平	年 月 日	同居 別居		年 月 日		年 月 日			

※記事

- この届では被扶養者の認定を受けるとき、又は異動(増・減)を生じたとき、5日以内に事業主を経由して組合へ提出するものです。(三親等内の親族の者だけ認められます。)
- 黒いボールペン等で記入して下さい。但し、扶養の削除(減)のときは、赤ボールペン等で記入して下さい。
- 被扶養者の範囲及び認定に必要な添付書類は、被扶養者認定取扱例をご覧になるか、又は健保組合までお問い合わせ下さい。
- 被扶養者の氏名訂正届、氏名変更届、生年月日訂正届としてこの用紙を利用なさるときは、誤った氏名、生年月日を朱書き、その上段に正しい氏名、生年月日を記入して下さい。