

【記入例】 増加：結婚のため

日揮健康保険組合

正

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

健康保険被扶養者異動届

常務理事 事務長 担当者
押印は不要です。

Header form containing personal information: ① 被保険者証の記号・番号 (××× 〇〇〇), ② 氏名 (日揮太郎), ③ 性別 (男), ④ 生年月日 (昭和58年11月23日), ⑤ 資格取得年月日 (平成17年4月1日), ⑥ 配偶者 (有), ⑦ 住所 (〒232-0050 横浜市港南区日野〇-〇-〇 スカイコーポマンション901号室).

Main table for dependents with columns for ⑧ 異動内容, ⑨ 被扶養者の氏名, ⑩ 性別, ⑪ 生年月日, ⑫ 被保険者との続柄, ⑬ 被扶養者の職業, ⑭ 被扶養者の収入月額, ⑮ 被保険者との同居の有無, ⑯ 異動の理由と異動年月日. Includes a red box for ⑱ 組合記入欄 with instructions: 組合記入欄は記入しないで下さい.

Business information section: 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話 (局番).

- 注意事項: 1. 被扶養者に異動(増・減)があった場合、該当する方のみ記入して下さい。 2. 異動内容が「減」の場合は、被保険者証を添付して下さい。 3. 続柄の「子」については、「長男」「長女」など、詳しく記入して下さい。 4. 収入が「有」の場合は、「月額金額」を記入して下さい。 5. 異動の理由は、「出生」「結婚」「就職」「離職」「死亡」などを記入して下さい。

受付日付印