〔記入例〕減少：死亡のため

正

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 提出

日 揮 健 康 保 険 組 合

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。		

この欄は被保険者本人について記入してください。									
① 被保険者証の記号・番号	記号 ×××　番号 ○○○	② 氏名	日 揮 太 郎 (日揮印)	③ 性別	☑男 ☐女	④ 生年月日	☑昭和 ☐平成 58年 11月 23日		
⑤ 資格取得年月日	☐昭和 ☑平成 ☐令和 17 年 4 月 1 日	⑥ 配偶者	☑有 ☐無	⑦ 住所（マンション・アパート名も記入）	〒 232 － 0050 横浜市港南区日野○－○－○ スカイコーポマンション901号室 TEL ○○○ － ○○○ － ○○○○				

この欄は申請する被扶養者について記入してください。

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
☐増 ☑減	(フリガナ) ニッキ ジュンイチロウ (氏) 日 揮 (名) 純 一 朗	☑男 ☐女	☑昭和 ☐平成 ☐令和 2 3 0 6 1 0 年 月 日	父		円	☑同居 ☐別居	被扶養者死亡 令和 1 年 10 月 31 日
		⑰ 住所	〒 －					備考
☐増 ☐減	(フリガナ) (氏) (名)	☐男 ☐女	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日			円	☐同居 ☐別居	令和 年 月 日
		住所	〒 －					備考
☐増 ☐減	(フリガナ) (氏) (名)	☐男 ☐女	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日			円	☐同居 ☐別居	令和 年 月 日
		住所	〒 －					備考
☐増 ☐減	(フリガナ) (氏) (名)	☐男 ☐女	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日			円	☐同居 ☐別居	令和 年 月 日
		住所	〒 －					備考

⑱組合記入欄

認定年月日	削除年月日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日

組合記入欄は記入しないで下さい。

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