

# 正 健康保険被扶養者（異動）届

決 裁

日付印

常務理事	事務長	課長	係

被保険者欄	被保険者証の記号	94	被保険者証の番号	123000	生年月日	5.昭和 7.平成	4	3	0	4	0	5	標準報酬月額	
	氏名	健保 太郎		取得年月日	5.昭和 7.平成	2	8	0	4	0	1	給与	1.月給 2.時間給 3.年俸	千円
	住所	〒2×× - △△△△ 千葉県〇〇市△△町5-5		異動の別	追加 1		削除 2		変更内容 (削除(変更)の場合)		1.死亡 2.氏名変更(訂正) 3.生年月日訂正 4.性別訂正 5.その他			

※記入漏れや確認書類の添付漏れがあった場合は受理できません。

被扶養者欄	(フリガナ)	ケンポ	ハナコ	生年月日	5.昭和 7.平成	4	6	0	1	0	2	性別	1.男 2.女			
	氏名	健保 花子		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	職業	無職	続柄	妻	住所	1.同居 2.別居		別居の場合 〒		備考		被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日				

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成							性別	1.男 2.女			
	氏名			個人番号												
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居		別居の場合 〒		備考		被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日				

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成							性別	1.男 2.女			
	氏名			個人番号												
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居		別居の場合 〒		備考		被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日				

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成							性別	1.男 2.女			
	氏名			個人番号												
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居		別居の場合 〒		備考		被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日				

事業所所在地	〒	
事業所名称		
事業主氏名		印
電話番号	( )	

平成 29 年 6 月 22 日 提出

受付年月日

事業主受付

# 副健康保険被扶養者（異動）届

被保険者欄	被保険者証の記号	94	被保険者証の番号	123000	生年月日	5.昭和 7.平成	4	3	0	4	0	5	標準報酬月額	千円
	氏名	(氏) 健保	(名) 太郎	取得年月日	5.昭和 7.平成	2	8	0	4	0	1	給与	1.月給 2.時間給 3.年俸	千円
	住所	〒2××-△△△△ 千葉県〇〇市△△町5-5			異動の別	追加 1	削除 2	変更内容 (削除(変更)の場合)			1.死亡 2.氏名変更(訂正) 3.生年月日訂正 4.性別訂正 5.その他			

※記入漏れや確認書類の添付漏れがあった場合は受理できません。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) ハナコ 花子	生年月日	5.昭和 7.平成	4	6	0	1	0	2	性別	1.男 2.女
	職業	無職	続柄	妻	住所	1.同居 2.別居		別居の場合 〒			備考		
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日	7.平成	2	9	0	6	2	1	追加又は削除の理由	被扶養者の離職		認定の可否	可・否

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成							性別	1.男 2.女
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居		別居の場合 〒			備考		
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日	7.平成						追加又は削除の理由		認定の可否	可・否		

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成							性別	1.男 2.女
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居		別居の場合 〒			備考		
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日	7.平成						追加又は削除の理由		認定の可否	可・否		

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成							性別	1.男 2.女
	職業		続柄		住所	1.同居 2.別居		別居の場合 〒			備考		
	被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日	7.平成						追加又は削除の理由		認定の可否	可・否		

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

平成 年 月 日 提出 受付年月日

うえのとおり認定になりましたから通知します

平成 年 月 日

イオン健康保険組合理事長