

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	99	被保険者証の番号	123456	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	1	0	0	4	0	1	給与	1.月給 2.時間給 3.年俸	
	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	ジロウ	生年月日	5.昭和 7.平成	0	6	0	5	0	5	性別	1.男 2.女	
	氏名	(氏) 健保	(名) 二郎	個人番号	個人番号は記入しない									
	職業	続柄	長男	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒								
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	4	0	1	追加又は削除の理由	就職			認定の可否	否

削除・変更の場合
は個人番号未記入

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	(氏)	(名)	個人番号										
	職業	続柄		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒								
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	フリガナ			生年月日	5.昭和 7.平成							性別	1.男 2.女	
	氏名	(氏)	(名)	個人番号										
	職業	続柄		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒								
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	フリガナ			生年月日	5.昭和 7.平成							性別	1.男 2.女	
	氏名	(氏)	(名)	個人番号										
	職業	続柄		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒								
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		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	99	被保険者証の 番号	123456	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	1	0	0	4	0	1	給与	1.月給 2.時間給 3.年俸
	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	ジロウ	生年月日	5.昭和 7.平成	0	6	0	5	0	5	性別	1.男 2.女
	氏名 (氏)	健保		(名)	二郎		個人番号			個人番号は記入しない			
	職業	続柄	長男	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	4	0	1	追加又は削除の理由	就職		認定の 可否	可・否

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 (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	7.平成							追加又は削除の理由			認定の 可否	可・否

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 (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	7.平成							追加又は削除の理由			認定の 可否	可・否

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 (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	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