

保険証関係書類提出は必ず本人→事業主→健保でお願いします。
 被保険者(減)の場合は5日以内に保険証を添付して提出してください。

常務理事	事務長	扱者

健康保険 被扶養者(異動)届

健康保険被保険者証		被保険者の氏名(フリガナ)				生年月日		性別	資格取得年月日											
記号	番号	(フリガナ) ヤマダ タロウ				年	月	日	男	昭	年	月	日							
1	1234	山田太郎				昭	平	4	2	0	5	2	8	男	0	1	0	4	0	1
被保険者の住所		〒 144-8551 東京都大田区南蒲田2-16-46				所属名		船用営業部		内線		3-1234								

異動内容	被扶養者の氏名(フリガナ) (申請するご家族名)	性別	生年月日	続柄	職業	新規追加または削除の理由とその年月日	世帯の別	別居家族の住所と理由	健保記入欄 認定・抹消の年月日
増減	フリガナ ヤマダ イチロウ 山田一郎	男	年 月 日 070517	長男	会社員	就職 H29年4月1日	同居 別居	〒 (理由)	認定 抹消 年 月 日
増減	フリガナ	男	年 月 日			年 月 日	同居 別居	〒 (理由)	認定 抹消 年 月 日
増減	フリガナ	男	年 月 日			年 月 日	同居 別居	〒 (理由)	認定 抹消 年 月 日
増減	フリガナ	男	年 月 日			年 月 日	同居 別居	〒 (理由)	認定 抹消 年 月 日
増減	フリガナ	男	年 月 日			年 月 日	同居 別居	〒 (理由)	認定 抹消 年 月 日

事業所所在地	上記のとおり相違ないことを証明します。	
事業所名称	〒 -	
事業主氏名		
電話	- -	

平成 年 月 日 提出 / 受付日付

(印)