

正

記入健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	適用係	係員

被 保 険 者	保険証記号番号 又は個人番号		被保険者の氏名		生年月日			性別	異動 の別	資格取得年月日			標準報酬 月額
	記号 101	番号 1234	健保 太郎		平成 5年 9月 1日			男	追加	平成 28年 4月 1日			300 千円
住 所	住所	〒123-4567 健康市保険町1-2-3		備考									
	居所	〒345-6789 保険市生命町3-2-1											
被 扶 養 者	被扶養者の氏名及び個人番号		生年月日		性別	続柄	扶養開始日又は終了日			職業	月収額	扶養開始/終了の理由	
	例1 健保 花子		平成 7年 10月 1日		女	妻	令和 5年 4月 1日			パート	70,000 円	婚姻	
	住所	同居		住所		住所		住所		住所		住所	
被 扶 養 者	例2 健保 花子		平成 7年 10月 1日		女	妻	令和 5年 4月 1日			なし	0 円	離職	
	住所	別居		住所		住所		住所		住所		住所	
	例3 健保 一郎		令和 5年 4月 10日		男	長男	令和 5年 4月 10日			なし	0 円	出生	
住所	同居		住所		住所		住所		住所		住所		

※二枚目裏面の注意事項等を必ずお読みください。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

令和6年3月1日 提出

受付日付印

《事業主チェック》

住民票にて氏名、住所等確認済み

昭和飛行機健康保険組合