常務理事	事務長		担　当

健康保険　被扶養者（異動）届

被保険者証の記号番号	○－○○○○	被保険者氏名と印	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ　タロウ 健保　太郎	印	生年月日	性別	異動の別	資格取得年月日
社員・職員コード	○○○○○				昭和（○）平成　○○年○○月○○日	男（○）女	追加（○）削除	平成（○）令和　○○年○○月○○日
被保険者住所	〒 300-0000 ○○県○○市１－２－３　○○マンション１０１号室				電話 012（3456）7890		標準報酬月額	千円

※標準報酬月額の記載は不要です

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄 例:長男･長女	職業 / 年間収入	被扶養者になった日（追加の場合）	被扶養者でなくなった日（削除の場合）	理由	世帯	備考
ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ　ジロウ （氏）健保（名）二郎	昭和 平成 令和（○）○○年05月01日	男（○）女	二男	未就学児 0円	平成 令和（○）○○年05月01日	平成 令和　年　月　日	出生のため	同居（○）別居	
ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）（名）	昭和 平成 令和　年　月　日	男 女		円	平成 令和　年　月　日	平成 令和　年　月　日		同居 別居	
ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）（名）	昭和 平成 令和　年　月　日	男 女		円	平成 令和　年　月　日	平成 令和　年　月　日		同居 別居	
ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）（名）	昭和 平成 令和　年　月　日	男 女		円	平成 令和　年　月　日	平成 令和　年　月　日		同居 別居	
ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）（名）	昭和 平成 令和　年　月　日	男 女		円	平成 令和　年　月　日	平成 令和　年　月　日		同居 別居	

※事業主証明欄
空欄のまま 事業所委託先または事業所へ提出して下さい（委託先等で押印後、健保組合に回送されます）

事業主の確認　事務所名称

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は省略可能です。
　被保険者本人の署名以外の場合は、押印を省略することはできません。
◎被扶養者の削除申請を行う場合は、現在交付している被保険者証を添付してください。

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

EY Japan健康保険組合