被扶養者異動 増加・減少 届

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

被保険者証	
記号	番号

※ 減少の場合、資格確認書を持っている場合は、総務部へ返却の事

被保険者氏名	㊞

フリガナ 姓	フリガナ 名	生年月日・個人番号		性別	(増加の場合) 資格確認書 必要・不要	(減少の場合) 資格確認書返納 有・無	続柄	認定・削除	年月日	異動の理由
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	1男				年 月 日		年 月 日
		個人番号		2女						結婚・出生・就職・退職・その他（ ）
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	1男				年 月 日		年 月 日
		個人番号		2女						結婚・出生・就職・退職・その他（ ）
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	1男				年 月 日		年 月 日
		個人番号		2女						結婚・出生・就職・退職・その他（ ）
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	1男				年 月 日		年 月 日
		個人番号		2女						結婚・出生・就職・退職・その他（ ）
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	1男				年 月 日		年 月 日
		個人番号		2女						結婚・出生・就職・退職・その他（ ）

＊ 配偶者を『増加』した場合、事業所経由で「国民年金第３号被保険者」に該当となった届出が必要になります。詳細は事業所担当者へお問合せ下さい。
＊ 配偶者を『減少』した場合、ご本人がお住まいの市区町村役所へ「第３号被保険者資格を喪失した」ことを届け出て下さい。

事業所担当者	健保組合
受付日	受付日

記入上の注意

1．太枠の中を記入して下さい（異動者分だけを記入）
2．被扶養者を増加するときは扶養状況届を添付して下さい
3．性別・元号は該当数字を〇で囲んで下さい
4．生年月日の数字が１桁の時は前に０を記入して下さい
5．氏名・数字は楷書でわかりやすく書いて下さい
6．続柄は戸籍と同じように記入して下さい（例）長男・次女
7．ペン又は、ボールペンで記入して下さい（鉛筆書きは不可です）
8．印は朱肉印でお願いします

日本ハウスホールディングス健康保険組合

受付印