

健康保険被扶養者異動届

(音羽健康保険組合)

(事業所)

常務理事	事務長	係

責任者	係

平成 年 月 日 提出

事業所名	(記号)	(証番号)	被保険者氏名

※事業所記入
標準報酬
千円

(記入上の注意)

イ. 「A」の内容は、必ず記入してください。
ロ. 「B」の内容は、「新規・増加」の場合のみ記入してください。
ハ. 「C」は、「新規・増加」で、「別居」あるいは「別家計」の場合必ず記入してください。

1	被扶養者氏名		続柄	届の内容	増加の理由	減少の理由	※事業所記入		添付書類	※健保記入			
	フリカナ	フリカナ	1. 配偶者 2. ()男・女 3. 他()	1. 増加 2. 減少	1. 結婚(/) 2. 出生(/) 3. 離職(/) 4. (/)	1. 就職(/) 2. 独立(/) 3. 死亡(/) 4. (/)	事業所の扱	税法上の扱		認定又は取消	認定		
A	姓	名					扶養家族 非扶養	扶養家族 非扶養		年	月	日	却下
B	性別	生年月日	職業等	居住	収入の内容	年間収入(見込)	生計状況	援助方法	月間援助額	住所		備考	
B	1. 男 2. 女	5. 昭和 7. 平成	1. 無職・18歳未満 2. 学生(年) 3. ()	同居 別居	1. 無収入 2. 給与収入 3. 年金 4. 利子・配当 5. 不動産収入 6. ()	百万 千円	同一家計 別家計	送金	千円				
2	被扶養者氏名		続柄	届の内容	増加の理由	減少の理由	※事業所記入		添付書類	※健保記入			
	フリカナ	フリカナ	1. 配偶者 2. ()男・女 3. 他()	1. 増加 2. 減少	1. 結婚(/) 2. 出生(/) 3. 離職(/) 4. (/)	1. 就職(/) 2. 独立(/) 3. 死亡(/) 4. (/)	事業所の扱	税法上の扱		認定又は取消	認定		
A	姓	名					扶養家族 非扶養	扶養家族 非扶養		年	月	日	却下
B	性別	生年月日	職業等	居住	収入の内容	年間収入(見込)	生計状況	援助方法	月間援助額	住所		備考	
B	1. 男 2. 女	5. 昭和 7. 平成	1. 無職・18歳未満 2. 学生(年) 3. ()	同居 別居	1. 無収入 2. 給与収入 3. 年金 4. 利子・配当 5. 不動産収入 6. ()	百万 千円	同一家計 別家計	送金	千円				
3	被扶養者氏名		続柄	届の内容	増加の理由	減少の理由	※事業所記入		添付書類	※健保記入			
	フリカナ	フリカナ	1. 配偶者 2. ()男・女 3. 他()	1. 増加 2. 減少	1. 結婚(/) 2. 出生(/) 3. 離職(/) 4. (/)	1. 就職(/) 2. 独立(/) 3. 死亡(/) 4. (/)	事業所の扱	税法上の扱		認定又は取消	認定		
A	姓	名					扶養家族 非扶養	扶養家族 非扶養		年	月	日	却下
B	性別	生年月日	職業等	居住	収入の内容	年間収入(見込)	生計状況	援助方法	月間援助額	住所		備考	
B	1. 男 2. 女	5. 昭和 7. 平成	1. 無職・18歳未満 2. 学生(年) 3. ()	同居 別居	1. 無収入 2. 給与収入 3. 年金 4. 利子・配当 5. 不動産収入 6. ()	百万 千円	同一家計 別家計	送金	千円				

事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ

平成 年 月 日 受付

(被扶養者の状況)

現在	人
異動後	人

殿

被扶養者異動確認および認定通知書

上のおとり異動確認および認定をしたので通知します。

平成 年 月 日

音羽健康保険組合

常務理事 樋口明彦