

健康保険被扶養者異動届

平成 ○○年 ○○月 ○○日 提出

事業所名	(記号)	(証番号)	被保険者氏名
会社名	16	100	音羽 一郎

※事業所記入
標準報酬
千円

(音羽健康保険組合)

常務理事	事務長	係
------	-----	---

(事業所)

責任者	係
-----	---

(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					事業所の扱	税法上の扱		認定又は取消	認定
A	オトワ	ハナコ	1. 配偶者	1. 増加	1. 結婚(0/0)	1. 就職(/)	事業所の扱	税法上の扱	1. (非)課税証明書	2. 住民票	認定
B	1. 男	5. 昭和	2. ()男・女	2. 減少	2. 出生(/)	2. 独立(/)	扶養家族	扶養家族	3. 源泉徴収票 又は 給与明細 の写	4. 在学証明書	5. 雇用保険関係書類
C	2. 女	7. 平成	3. 他()	3. 無収入	3. 離婚(/)	3. 死亡(/)	非扶養	非扶養	6. 高齢・障害・共済年金等関係書類	7. その他()	却下
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
1. 男		000000	1. 無職・18歳未満	同居	1. 無収入	0	1. 無収入	送金			
2. 女			2. 学生(年)	別居	2. 給与収入		2. 同一家計				
3. ()			3. ()		3. 年金		3. 別家計				
4. ()			4. ()		4. 利子・配当						
5. ()			5. ()		5. 不動産収入						
6. ()			6. ()		6. ()						

事業所名称	
事業主氏名	音羽 一郎

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