

提出先：各事業所(人事・総務担当)宛

# 健康保険 被扶養者(異動増)届

(被扶養者としての方が2名以下の場合用)

令和 5 年 5 月 1 日提出

氏名の記入は、署名または記名押印によること

被保険者の事柄	保険証の	記号	番号	フリガナ	ケンポ	タロウ	印	性別	配偶者の有無
		79	9999	氏名	健保	太郎		男	有
	生年月日	平成 2 年 5 月 20 日			事業所名	近畿日本ツーリスト			
	住所	〒 112 - 0033			送付先	勤務先	〒 163 - 0236		
	東京都文京区春日1-1-1 春日マンション101号室			東京都新宿区西新宿2-6-1					
	連絡先電話番号	携帯電話	090 ( 9876 ) 5432						

被扶養者としての方の事柄	フリガナ	ケンポ	ハナコ	生年月日(和暦)			性別	続柄					
	氏名	健保	華子	平成 4 年 10 月 30 日			女	妻					
	マイナンバー記入欄			住所									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	〒 112 - 0033
	東京都文京区春日1-1-1 春日マンション101号室												
	届出時の状況(□にレ点)			異動増の理由			発生日	同居/別居	年収見込				
	<input checked="" type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 専業主婦	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 自営業	令和 5 年 5 月 1 日			被保険者と同居	0				
	<input type="checkbox"/> 新生児	<input type="checkbox"/> 未就学児	<input type="checkbox"/> 学生(学年 )										
	年金受給者		その他( )										
	異動増の理由(□にレ点)	出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 被保険者入社に伴う届出 <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 退職後の雇用保険を <input type="checkbox"/> ①受給する <input type="checkbox"/> ②受給しない <input type="checkbox"/> ③受給延長する <input type="checkbox"/> その他( )											

被扶養者としての方の事柄	フリガナ	ケンポ	ケンイチ	生年月日(和暦)			性別	続柄					
	氏名	健保	謙一	平成 26 年 9 月 15 日			男	長男					
	マイナンバー記入欄			住所									
	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	〒 112 - 0033
	東京都文京区春日1-1-1 春日マンション101号室												
	届出時の状況(□にレ点)			異動増の理由			発生日	同居/別居	年収見込				
	<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 専業主婦	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 自営業	令和 5 年 5 月 1 日			被保険者と同居	0				
	<input type="checkbox"/> 新生児	<input type="checkbox"/> 未就学児	<input checked="" type="checkbox"/> 学生(学年 小学3年生 )										
	年金受給者		その他( )										
	異動増の理由(□にレ点)	出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 被保険者入社に伴う届出 <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 退職後の雇用保険を <input type="checkbox"/> ①受給する <input type="checkbox"/> ②受給しない <input type="checkbox"/> ③受給延長する <input type="checkbox"/> その他( )											

下記事業所記入欄は、各社人事・総務関連箇所にて記入します

R05.05改

事業所	所在地
	名称
	氏名

近畿日本ツーリスト健康保険組合				
常務理事	事務長	係	係	受付印

提出先：各事業所(人事・総務担当)宛