

健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

被保険者証 記号・番号		住所	〒		
被保険者 氏名		収入 (年収)	千円	備考	

被扶養者氏名				性別	男・女	続柄		備考
(フリガナ)				生年月日		昭和・平成・令和		
氏)		名)				年 月 日		
異動の別	追加・削除	被扶養者となった日 または 除かれた日	令和 年 月 日	理由				
以下の項目は追加の場合記入								
個人番号				住所	1同居	別居の場合 〒		
					2別居			
職業		収入 (月収)	千円	住民票 住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村
被保険者証回収 添付・滅失								

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。

被扶養者氏名				性別	男・女	続柄		備考
(フリガナ)				生年月日		昭和・平成・令和		
氏)		名)				年 月 日		
異動の別	追加・削除	被扶養者となった日 または 除かれた日	令和 年 月 日	理由				
以下の項目は追加の場合記入								
個人番号				住所	1同居	別居の場合 〒		
					2別居			
職業		収入 (月収)	千円	住民票 住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村
被保険者証回収 添付・滅失								

〔事業主記載欄〕事業主の確認により添付書類を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者(＊)または控除対象扶養親族であることを確認しました。

＊年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者

被保険者との続柄に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。

	令和 年 月 日
事業所	
所在地	
名称	
事業主氏名	

上記のとおり 令和 年 月 日付

(認定・削除) しましたので通知します。

令和 年 月 日

北陸銀行健康保険組合

- (注意事項)
- ・削除には、対象となる方の健康保険被保険者証を添付してください。
 - ・続柄欄には「妻」「長男」「実父」等と記入してください。
 - ・職業欄には「主婦」「パート」「小学生」「未就学児」等記入してください。
 - ・理由欄には「結婚」「出生」「離職」「死亡」等、事実を具体的に記入してください。