

健康保険被扶養者異動 (増加・減少) 届

受付印

楷書で正しく記入
フリクションは禁止

常務理事	事務長	係	係

事業所名	西部ガス(株)			※記入漏れのないよう記載し、必要書類を添えて提出してください ※被扶養者削除の場合のみ、対象者の保険証を添付してください	
被保険者	記号	番号	フリガナ	マイナンバー カード	生年月日
	10	135791	氏名	サイブ タロウ 西部 太郎	S H 7年7月7日 R
	住所 電話番号	〒000-0000 福岡県福岡市西部町1-1-1 TEL 000(000)0000			標準報酬月額 千円

被扶養者 ①	フリガナ	サイブ ハナコ	マイナンバー カード	性別	生年月日	続柄
	氏名	西部 花子	有・無	男・女	S H 2年2月2日 R	妻
	居住	職業・年収	異動理由		異動年月日	
同居	パート	増	離婚・扶養者変更・障害認定など具体的に記入		S H 2年4月1日 R	
別居	150万円	減	1.就職・収入増加 2.死亡 3.その他()		R	

被扶養者 ②	フリガナ	サイブ ホノオ	マイナンバー カード	性別	生年月日	続柄
	氏名	西部 炎男	有・無	男・女	S H 5年5月5日 R	長男
	居住	職業・年収	異動理由		異動年月日	
同居	会社員	増	1.入社 2.出生 3.退職 4.その他()		S H 2年4月1日 R	
別居	(記入必要なし)	減	1.就職・収入増加 2.死亡 3.その他()		R	

被扶養者 ③	フリガナ	サイブ ガスミ	マイナンバー カード	性別	生年月日	続柄
	氏名	西部 瓦斯美	有・無	男・女	S H 33年3月3日 R	実母
	居住	職業・年収	異動理由		異動年月日	
同居	(記入必要なし)	増	1.入社 2.出生 3.退職 4.その他()		S H 29年3月26日 R	
別居	万円	減	1.就職・収入増加 2.死亡 3.その他(75歳到達)		R	

事業主 記入欄	上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します
	提出日 年 月 日
	事業所所在地 事業所名称 事業主名
	事業主 記入欄 各社の人事または総務へご提出ください

保険証回収日
年 月 日

健保認定日
年 月 日