

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	サイブ タロウ	生年月日
	10	135791	氏名	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	性別	生年月日	続柄
	氏名	西部 花子	男・女	S H 2年2月2日 R	妻
	居住 (同居)	職業・年収 パート 増	異動理由 離婚・扶養者変更・障害認定など具体的に記入		異動年月日 S H 2年4月1日 R

被 扶 養 者 ②	フリガナ	サイブ ホノオ	性別	生年月日	続柄
	氏名	西部 炎男	男・女	S H 5年5月5日 R	長男
	居住 (同居)	職業・年収 会社員 増	異動理由 就職先の健康保険の資格取得日		異動年月日 S H 2年4月1日 R

被 扶 養 者 ③	フリガナ	サイブ ガスミ	性別	生年月日	続柄
	氏名	西部 瓦斯美	男・女	S H 33年3月3日 R	実母
	居住 (同居)	職業・年収 (記入必要なし) 増	異動理由 1.入社 2.出生 3.退職 4.その他 ()		異動年月日 S H 29年3月26日 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	事業主 記入欄	
	事業所名称	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