

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被扶養者異動届

太線枠内をご記入し、記入例で黒塗りされている欄は記入しないで下さい

被保険者等の	記号	番号	枝番	事業所(会社)の社員コード	標準報酬月額
			00		円
被保険者の氏名		住民票住所	TEL		

増・減	フリガナ被扶養者氏名	性別	生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の職業または学年	異動理由年月日	収入ひと月の総収入額
		男・女	年 月 日			年 月 日	有・無 円
居住区分		別居理由	单身赴任・別世帯・進学による		別居の場合、申請者住所		
同居・別居			その他()		〒		
※保険証・資格確認書の返却状況		事業所回収日		認定年月日	削除年月日	資格確認書発行要否	
添付・減失・遅延		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

増・減	フリガナ被扶養者氏名	性別	生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の職業または学年	異動理由年月日	収入ひと月の総収入額
		男・女	年 月 日			年 月 日	有・無 円
居住区分		別居理由	单身赴任・別世帯・進学による		別居の場合、申請者住所		
同居・別居			その他()		〒		
※保険証・資格確認書の返却状況		事業所回収日		認定年月日	削除年月日	資格確認書発行要否	
添付・減失・遅延		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

増・減	フリガナ被扶養者氏名	性別	生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の職業または学年	異動理由年月日	収入ひと月の総収入額
		男・女	年 月 日			年 月 日	有・無 円
居住区分		別居理由	单身赴任・別世帯・進学による		別居の場合、申請者住所		
同居・別居			その他()		〒		
※保険証・資格確認書の返却状況		事業所回収日		認定年月日	削除年月日	資格確認書発行要否	
添付・減失・遅延		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

※ 保険証・資格確認書の返却状況：保険証・資格確認書を添付した場合は「添付」、紛失の場合は「減失」に○をし「被保険者減失届」を共に提出してください。

扶養減少発生日から30日以上経過しての提出は「遅延」に○をし「扶養者異動届 遅延理由書」を提出してください。

【届出の際の注意事項】

被扶養者の認定申請を届け出る際は、「被扶養認定対象者の提出書類一覧表」と該当する添付書類を、各事業所(会社)の担当窓口へ届出てください。

事業主の証明	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 電話
この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者(被保険者)本人が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したものである。	
事業主が確認した場合に○で囲んでください	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 15px; display: inline-block; margin: 0 auto;"></div> 確認	

コムシスホールディングス健康保険組合
受付印