

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

コムシスホールディングス健康保険組合 御中

### 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

|         |    |                             |    |               |        |
|---------|----|-----------------------------|----|---------------|--------|
| 被保険者証の  | 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 |    | 〒 141-8647                  |    |               |        |
| 健保 良男   |    | 住所 東京都〇〇区〇〇4-5-6 マークウエスト708 |    |               |        |
|         |    | TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇        |    |               |        |

| フリガナ<br>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<br>または学年                        | 異動理由<br>年月日     | 収入<br>ひと月の総収入額  |
|------------------|--------|--------------------------|----------|---|-----------------|-----------------|
| ケンポ ハナコ<br>健保 花子 | 男<br>女 | 昭・平・令<br>〇年3月3日          | 妻        | パート                                     | 収入超過<br>RO年4月1日 | 有・無<br>160,000円 |
| 居住区分             | 別居理由   | 单身赴任・別世帯・進学による<br>その他( ) |          | 別居の場合、申請者住所                             |                 |                 |
| 同居・別居            | 別居理由   |                          |          | 〒 987-6543<br>〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 オーバルコート405 |                 |                 |
| ※保険証の返却状況        |        | 事業所回収日                   |          | 認定年月日                                   |                 | 削除年月日           |
| 添付・滅失・遅延         |        | 令和 年 月 日                 |          | 令和 年 月 日                                |                 | 令和 年 月 日        |

| フリガナ<br>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<br>または学年 | 異動理由<br>年月日   | 収入<br>ひと月の総収入額 |
|------------------|--------|--------------------------|----------|------------------|---------------|----------------|
| ケンポ タロウ<br>健保 太郎 | 男<br>女 | 昭・平・令<br>〇年5月5日          | 長男       | 無し               | 出生<br>RO年5月5日 | 有・無<br>0円      |
| 居住区分             | 別居理由   | 单身赴任・別世帯・進学による<br>その他( ) |          | 別居の場合、申請者住所      |               |                |
| 同居・別居            | 別居理由   |                          |          | 〒                |               |                |
| ※保険証の返却状況        |        | 事業所回収日                   |          | 認定年月日            |               | 削除年月日          |
| 添付・滅失・遅延         |        | 令和 年 月 日                 |          | 令和 年 月 日         |               | 令和 年 月 日       |

| フリガナ<br>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<br>または学年 | 異動理由<br>年月日         | 収入<br>ひと月の総収入額 |
|------------------|--------|--------------------------|----------|------------------|---------------------|----------------|
| ケンポ ヨシミ<br>健保 良美 | 男<br>女 | 昭・平・令<br>〇年7月7日          | 長女       | 大学<br>2年生        | 4/1入社のため<br>RO年4月1日 | 有・無<br>50,000円 |
| 居住区分             | 別居理由   | 单身赴任・別世帯・進学による<br>その他( ) |          | 別居の場合、申請者住所      |                     |                |
| 同居・別居            | 別居理由   |                          |          | 〒                |                     |                |
| ※保険証の返却状況        |        | 事業所回収日                   |          | 認定年月日            |                     | 削除年月日          |
| 添付・滅失・遅延         |        | 令和 年 月 日                 |          | 令和 年 月 日         |                     | 令和 年 月 日       |

※ 保険証の返却状況：保険証を添付した場合は「添付」、紛失の場合は「滅失」に○をし「被保険者滅失届」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。<br>①申請者(被保険者)本人が作成したものである。<br>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   |          |
| 確認   |          |

コムシスホールディングス健康保険組合

受付印