

常務理事	事務長	担当者

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		〒 141-8647			
健保 良男		東京都〇〇区〇〇4-5-6 マークウエスト708			
		住民票住所			
		TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			

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
ケンボ ハナコ	男	〇年3月3日	妻	パート	収入超過	(有)・無
健保 花子	女	X Y X Y X Y X Y X Y X Y			R〇年4月1日	160,000円
居住区分	別居理由	別居の場合、申請者住所				
同居・別居	单身赴任・別世帯・進学による その他()	〒 987-6543 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 オーバルコート405				
※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	□ 発行が必要		

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
ケンボ タロウ	男	〇年5月5日	長男	無し	出生	有・(無)
健保 太郎	女	X Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y			R〇年5月5日	〇円
居住区分	別居理由	別居の場合、申請者住所				
同居・別居	单身赴任・別世帯・進学による 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	□ 発行が必要		

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
ケンボ ヨシミ	男	〇年7月7日	長女	大学生	4/1入社のため	(有)・無
健保 良美	女	X Y Y Y Y Y Y Y Y X X			R〇年4月1日	50,000円
居住区分	別居理由	別居の場合、申請者住所				
同居・別居	单身赴任・別世帯・進学による 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	□ 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	確認

コムシスホールディングス健康保険組合
受付印