

健康保険被扶養者(増・減)異動届

令和 年 月 日

阪急阪神健康保険組合 理事長 殿

事業所名		
記号	番号	被保険者氏名
		標準報酬月額※ (健保使用欄)
		千円

常務理事	事務長	係

下記の通り被扶養者に異動がありましたのでお届けします。

続柄	フリガナ		生年月日 (元号は該当する番号に○印)		性別 同居 又は 別居	異動理由 (該当する番号に○印)	異動年月日			備考	認定年月日※ (健保使用欄)		
	氏名	(漢字)	年	月			日	年	月		日	年	月
	昭和				男・女 同・別	1. 出生 2. 結婚 3. 就職 4. 死亡 5. その他()	令和						
	平成												
		会社使用欄											
	昭和				男・女 同・別	1. 出生 2. 結婚 3. 就職 4. 死亡 5. その他()	令和						
	平成												
		会社使用欄											
	昭和				男・女 同・別	1. 出生 2. 結婚 3. 就職 4. 死亡 5. その他()	令和						
	平成												
		会社使用欄											
	昭和				男・女 同・別	1. 出生 2. 結婚 3. 就職 4. 死亡 5. その他()	令和						
	平成												
		会社使用欄											

【注意】

- ①この届出書は被扶養者に異動(増減)を生じたときに、事業所を経由して提出してください。
- ②「続柄」には、「妻」「長男」「孫」「実母」など詳しく書いてください。
- ③被保険者本人の資格取得と同時に手続きのときは、備考欄に「取得」「再雇用」と記入してください。

所属	課長	係長	係