

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	日				
	昭和		年	月	日	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		年	月	日	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		年	月	日	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		年	月	日	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