

# 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			標準報酬月額※ (健保使用欄)	千円
記号	番号	被保険者氏名		
④				

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			
		昭和 平成 令和	男 ・ 女	同 ・ 別	1. 出生 2. 結婚 3. 就職 4. 死亡 5. その他( )	令和  年 月 日							
		住民票住所 (住民票添付の場合は記入不要)					会社使用欄						
		昭和 平成 令和	男 ・ 女	同 ・ 別	1. 出生 2. 結婚 3. 就職 4. 死亡 5. その他( )	令和  年 月 日							
		住民票住所 (住民票添付の場合は記入不要)					会社使用欄						
		昭和 平成 令和	男 ・ 女	同 ・ 別	1. 出生 2. 結婚 3. 就職 4. 死亡 5. その他( )	令和  年 月 日							
		住民票住所 (住民票添付の場合は記入不要)					会社使用欄						
		昭和 平成 令和	男 ・ 女	同 ・ 別	1. 出生 2. 結婚 3. 就職 4. 死亡 5. その他( )	令和  年 月 日							
		住民票住所 (住民票添付の場合は記入不要)					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