

記入見本

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	係
------	-----	---

ご家族が就職・収入の増加等により、扶養からはずれる場合に「健康保険証」を添付して提出してください。他の医療保険の資格を取得した場合は、「勤務先より交付された健康保険証のコピー」もご提出ください。

被保険者	事業所の名称	株式会社カネカ	所 属	大阪本社 人事部 ○グループ ●チーム
	健康保険証の記号	1000	健康保険証の番号	1234567
	氏 名	鐘化 太郎 (印)		
	〒	673-0000	現住所	署名又は記名・捺印してください。
	住 所	兵庫県明石市・		
	電話番号	078(000)0000		

被扶養者	氏名(カナ)	カネカ ケンタ	生年月日	昭和 8年 5月 5日	性別	男女	続柄	長男
	氏名(漢字)	鐘化 健太		平成 令和				
	〒	676-0000	続柄は、保険証の記載が「子」の場合も、「長男」「二男」等の形でご記入ください。					
	住 所	兵庫県高砂市・						
	申請理由	就職のため。						
	発 生 日	令和 1年 6月 1日	職 業	有(会社員)・無	年間収入	円		

被扶養者	氏名(カナ)		生年月日	昭和 年 月 日	性別	男女	続柄	
	氏名(漢字)			平成 令和				
	〒		就職の場合は、記入しなくて結構です。					
	住 所	発生日は、実際に扶養からはずれる事由がおこった日です。(就職日等)						
	申請理由							
	発 生 日	年 月 日	職 業	有()・無	年間収入	円		

被扶養者	氏名(カナ)		生年月日	昭和 年 月 日	性別	男女	続柄	
	氏名(漢字)			平成 令和				
	〒							
	住 所							
	申請理由							
	発 生 日	年 月 日	職 業	有()・無	年間収入	円		

令和 1年 6月 5日提出

所在地
事業所 名称
事業主氏名 (印)

※株式会社カネカ所属の方は、直接健康保険組合(株式会社カネカ 大阪本社内)へ、関係会社所属の方は、事業所健康保険担当部署(勤労担当部門)へ、健康保険被保険者証・(添付書類)と共に提出してください。

健康保険組合記入欄 処理日 年 月 日 削除日 年 月 日