

健康保険被扶養者（異動）追加削除届

被保険者証の記号と番号 —	被保険者の氏名			生年月日	性別	資格取得年月日				
		(印)	S H	年 月 日生	男・女	S H R	年 月 日			
被保険者の住所	〒 —				備考					
(フリガナ)	被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄 <small>(例：長男等)</small>	被扶養者になった日 または除かれた日	申請する理由	収入 <small>(年額)</small>	職業	被扶養者住所 <small>(被保険者と別居の場合記入)</small>
	S H R	年 月 日生	男・ 女			H R	年 月 日	万円		〒
	S H R	年 月 日生	男・ 女			H R	年 月 日	万円		〒
	S H R	年 月 日生	男・ 女			H R	年 月 日	万円		〒
	S H R	年 月 日生	男・ 女			H R	年 月 日	万円		〒
上記の通り相違ないことを証明します。					①追加の場合、認定基準、必要書類等、詳細は「被扶養者承認申請の手引き」（当健保のホームページに掲載）をご参照ください。 ②削除の場合、以下のものを添付してください。 ・ 削除対象者の被保険者証（紛失された場合は、「資格喪失時健康保険被保険者証紛失届」） ・ 削除対象者が新たに取得された被保険者証の写し（就職の場合等） (注1) 被扶養者として、診療等が受けられるのは認定日以降となりますので、現在加入の保険は認定されるまで継続加入願います。 (注2) 記入漏れ、押印漏れがある場合、受付できない場合がありますのでご注意ください。 (注3) この届出書による認定の結果は、事業主に通知されます。					
事業所所在地	名称				事業主氏名 (役印)					
総務担当役職者氏名 および連絡先	電話 — — (内線)									

健保 使用 欄	令和 年 月 日		
	常務理事	検印	担当