

# 健康保険被扶養者異動届

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
	所属事業所	(会社名)		(支店・営業所・部門名)			社員番号			
	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	現住所	〒								

被 扶 養 者 欄 1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	続柄	職業	年収	万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 (別居の場合) 〒					
	被扶養者 認定日	令和	年	月	日	被扶養者 削除日	令和	年	月	日	理由
	個人番号	.....									

被 扶 養 者 欄 2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	続柄	職業	年収	万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 (別居の場合) 〒					
	被扶養者 認定日	令和	年	月	日	被扶養者 削除日	令和	年	月	日	理由
	個人番号	.....									

被 扶 養 者 欄 3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	続柄	職業	年収	万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 (別居の場合) 〒					
	被扶養者 認定日	令和	年	月	日	被扶養者 削除日	令和	年	月	日	理由
	個人番号	.....									

事業主 所在地 名称 氏名	令和	年	月	日	提出	事業所担当者名・受付日の記入または押印				
						受付日: 令和 年 月 日				
						社会保険労務士 確認欄				

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印