

| | | | | |
|------|-----|------|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部・課長 | 係長 | 係 |
| | | | | |

| | | |
|-------|------|----|
| 届出コード | 処理区分 | 届書 |
| 2 0 2 | * | |

健康保険被扶養者（異動）届

| | | | | | | | |
|--------------|--------------|-----------|------------------|------------|----------------------|----------------|----------|
| 健康保険被保険者証の記号 | 健康保険被保険者証の番号 | ア 被保険者の氏名 | 生年月日 | イ 性別 | 異動の別 | ウ 資格取得年月日 | エ 標準報酬月額 |
| | | (氏) (名) | 年 月 日 | 男 1 女 2 | 追加 1 削除 2 (変更) | 昭和・平成 年 月 日 | 千円 |
| オ 被保険者の住所 | | | カ この届を出す際の総合所得月額 | 円 | 備考 | | |

正

「」印欄は記入しないでください。

| 番号 (被扶養者番号) | 被扶養者の氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 被扶養者になった日 | 被扶養者から除かれた日 | キ 職業 ク月平均 収入額 | ケ被扶養者になった理由又は 除かれた理由 | コ 被扶養者の住所 | サ 証明書整理 | |
|----------------|-------------|----------------------|-------|------------|-----------|-------------|---------------------|-------------------------|-----------|---------|----|
| | | | | | | | | | | 年度 | 番号 |
| | 氏 名 フリガナ | 明1 大3 昭5 平7 | 年 月 日 | 男 1 女 2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | | | 備考 | |
| | 氏 名 フリガナ | 明1 大3 昭5 平7 | 年 月 日 | 男 1 女 2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | | | 備考 | |
| | 氏 名 フリガナ | 明1 大3 昭5 平7 | 年 月 日 | 男 1 女 2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | | | 備考 | |
| | 氏 名 フリガナ | 明1 大3 昭5 平7 | 年 月 日 | 男 1 女 2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | | | 備考 | |
| | 氏 名 フリガナ | 明1 大3 昭5 平7 | 年 月 日 | 男 1 女 2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | | | 備考 | |

平成 年 月 日提出

受付日付印

| | |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | 〒 - |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | 印 |
| 電話番号 | - - |

| | |
|----------------|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | |
| | 印 |

健康保険被扶養者（異動）届

| | | | | | | | |
|--------------|--------------|------------------|-------|---------------|--------------------|----------------|----------|
| 健康保険被保険者証の記号 | 健康保険被保険者証の番号 | ア 被保険者の氏名 | 生年月日 | イ 性別 | 異動の別 | ウ 資格取得年月日 | エ 標準報酬月額 |
| | | (氏) (名) | 年 月 日 | 男1 ・ 女2 | 追加1 削除2 (変更) | 昭和・平成 年 月 日 | 千円 |
| オ 被保険者の住所 | | カ この届を出す際の総合所得月額 | | 円 | 備考 | | |

副

| 番号 (被扶養者番号) | 被扶養者の氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 被扶養者になった日 | 被扶養者から除かれた日 | キ 職業 ク月平均 収入額 | ケ被扶養者になった理由又は 除かれた理由 | コ 被扶養者の住所 | サ 証明書整理 | |
|----------------|------------|----------------------|-------|----------|-----------|-------------|---------------------|-------------------------|-----------|---------|----|
| | | | | | | | | | | 年度 | 番号 |
| | 氏名 フリガナ | 明1 大3 昭5 平7 | 年 月 日 | 男1 女2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | | | 備考 | |
| | 氏名 フリガナ | 明1 大3 昭5 平7 | 年 月 日 | 男1 女2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | | | 備考 | |
| | 氏名 フリガナ | 明1 大3 昭5 平7 | 年 月 日 | 男1 女2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | | | 備考 | |
| | 氏名 フリガナ | 明1 大3 昭5 平7 | 年 月 日 | 男1 女2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | | | 備考 | |
| | 氏名 フリガナ | 明1 大3 昭5 平7 | 年 月 日 | 男1 女2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | | | 備考 | |

平成 年 月 日提出

| | | |
|--------|---|---|
| 事業所所在地 | 〒 | - |
| 事業所名称 | | |
| 事業主氏名 | | 印 |
| 電話番号 | - | - |

うえのとおり認定になりましたから通知します。

平成 年 月 日

セメント商工健康保険組合理事長

【記入の方法】

1. ア欄は、被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。
2. 欄及び 欄の年号は、該当する文字を 印で囲んでください。生年月日は、たとえば、昭和42年2月7日生れの場合は、

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 明1 | | 年 | | 月 | | 日 |
| 大3 | | | | | | |
| 昭5 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 7 |
| 平7 | | | | | | |

のように記入してください。

3. 欄は、被扶養者が増えたときは「追加1」を、減ったとき、または被扶養者の氏名等に変更があった場合は「削除(変更)2」を 印で囲んでください。

なお、新たに被扶養者が生じた時はこの欄に記入しないでください。

4. ウ欄、 欄及び 欄の生年月日は、たとえば平成8年4月1日の場合は

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 平成 | 年 | | 月 | | 日 |
| 0 | 8 | 0 | 4 | 0 | 1 |

のように記入してください。

5. イ欄及び 欄は、該当する文字に 印で囲んでください。
6. 欄は、被保険者との続柄を「妻」「長男」「父」「祖母」「弟」などと詳しく記入してください。
7. 患欄は、「職業」の文字にこだわらず、「中学3年」「大学1年」「年収入」などと、その実態がわかるように記入してください。
8. 欄は、被保険者となると同時に被扶養者となる方については、被保険者の「資格取得年月日」を記入し、その後に増えた方は「出生年月日」「婚姻年月日」
9. ケ欄は、被扶養者が増えたときは「出生」「婚姻」及び「失業」など、除かれるときは「就職」「離婚」及び「死亡」など具体的に記入してください。
10. コ欄は、被保険者と被扶養者が同居している場合は、「同居」と記入してください。

【この届書に添付して提出するもの】

1. 16歳以上60歳未満の者(同居の妻を除く)を被扶養者として届出の場合は、その者が被保険者によって生計を維持されていることを証明できる「非課税証明書」「在学証明書」など。
2. 被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫及び弟妹以外の方を被扶養者として届出の場合は、その方が被保険者と同一世帯に属していることを証明できる「住民票」など。