

削除

健康保険被扶養者（異動）届

決裁				年	月	日
常務理事	事務長	担当	担当			

「※」印欄は記入不要

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号	10	被保険者証の番号	1000	生年月日	昭和 平成	3	5	0	6	0	1	※この届出を出す際の標準報酬月額
	氏名 (フリガナ)	ケンコウ	タロウ	取得年月日	昭和 平成 令和	1	8	0	4	0	1	千円	
	氏名 (氏)	健康	太郎	住所	〒 060-0003 北海道札幌市中央区北3条西1丁目2番地 AWハウス401号								

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	ケンコウ	アイ	生年月日	昭和 平成 令和	1	2	1	1	0	5	続柄	長女
	氏名 (氏)	健康	愛	性別	男	女	職業	会社員		現在加入中の健康保険の有無	有	無	
	被扶養者から除かれた日	平成 令和	0	3	0	4	0	1	理由	就職			

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)			生年月日	昭和 平成							続柄	無
	氏名 (氏)			性別	男	女	職業		現在加入中の健康保険の有無	有	無		
	被扶養者から除かれた日	平成 令和							理由				

【就職の場合】
被扶養者から除かれた日は、就職先で健康保険に加入された日となります。就職先の保険証に記載されている「資格取得年月日」を記載願います。
【添付書類】
就職先の保険証の写し又は健康保険資格取得証明書の写しを添付してください。

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)			生年月日	平成 令和							続柄	無
	氏名 (氏)			性別	男	女	職業		現在加入中の健康保険の有無	有	無		
	被扶養者から除かれた日	平成 令和							理由				

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	ケンコウ	ハナコ	生年月日	昭和 平成 令和	3	6	0	3	0	1	続柄	妻
	氏名 (氏)	健康	花子	性別	男	女	職業	パート		現在加入中の健康保険の有無	有	無	
	被扶養者から除かれた日	平成 令和	0	3	0	6	1	0	理由	離婚			

【離婚の場合】
離婚した日を記載願います。
【添付書類】
離婚した日がわかる公的書類の写し(例:戸籍謄本など)

事 業 主 欄	確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	提出日	令和	年 月 日
	事業所所在地		
	事業所名称 事業主氏名 電話番号		

左記確認欄等は、記載不要。
本紙と各添付書類、エア・ウォーター健康組合の保険証の3点を事業所総務または人事ご担当者様へご提出願います。

令和 年 月 日
エア・ウォーター健康保険組合

受符目符印