

# 健康保険被扶養者（異動）届

決 裁	常務理事	事務長	課長	担当者

BI PROGY健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	保 険 証	記 号	番 号	氏 名			性 別	男  女	生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日				
	住 民 票 住 所	〒						居 住 所	〒 住民票住所と同じ場合は記入不要								
	資格取得年月日		昭 和 平 成 令 和	年	月	日	※この届出を出す際の標準報酬月額			千 円	前年の年収 (1～12月)			円			
被 扶 養 者	増 員 減 員	(ふ り が な) 氏 名	性 別	生 年 月 日			続 柄	職 業	月 平 均 収 入 額	同 居 別 居	届 出 理 由 発 生 日		届 出 理 由		※ <b>健 保 記 入 欄</b> 認 定 又 は 削 除 日	備 考 ／ 連 絡 先	
	増・減		男 ・ 女	昭 和 平 成 令 和	年	月	日		円	同 ・ 別	年	月	日		年	月	日
	住民票住所		〒 上記の被保険者住所と同じ場合は記入不要						マイナンバー *記入見本をご確認ください。								
	増・減		男 ・ 女	昭 和 平 成 令 和	年	月	日		円	同 ・ 別	年	月	日		年	月	日
	住民票住所		〒 上記の被保険者住所と同じ場合は記入不要						マイナンバー *記入見本をご確認ください。								
	増・減		男 ・ 女	昭 和 平 成 令 和	年	月	日		円	同 ・ 別	年	月	日		年	月	日
住民票住所		〒 上記の被保険者住所と同じ場合は記入不要						マイナンバー *記入見本をご確認ください。									

令和 年 月 日 提出

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません)

- 注 1. 被扶養者が増員になる際は、添付書類が必要です。  
 意 2. 被扶養者が減員になる際は、対象者のカード型保険証を必ず添付してください。  
 事 3. 被扶養者が減員になる際で今後国保加入ご希望の方は「証明書発行願」の提出が必要です  
 項 4. この届出は異動が生じた日から5日以内に提出してください。  
 5. 提出先は事業所（会社の健康保険担当窓口＝人事部門）です。

<b>【事業所使用欄】</b>		
事 業 所 名 氏	在 所 地 称 名	

受付日付印

記入例

健康保険被扶養者（異動）届

Table with 5 columns: 常務理事, 事務長, 課長, 担当者, 決裁

BIPROGY健康保険組合理事長 殿

Main form containing fields for insurance details, personal information, and dependent information. Includes callouts for '長男・二男・長女・二女 等でご記入ください' and 'マイナンバーは記入せず提出先担当者にお伝えください。'

令和 年 月 日 提出

(ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません)

- 注 1. 被扶養者が増員になる際は、添付書類が必要です。
注 2. 被扶養者が減員になる際は、対象者のカード型保険証を必ず添付してください。
注 3. 被扶養者が減員になる際で今後国保加入ご希望の方は「証明書発行願」の提出が必要です
注 4. この届出は異動が生じた日から5日以内に提出してください。
注 5. 提出先は事業所（会社の健康保険担当窓口＝人事部門）です。

【事業所使用欄】
事業所在地
事業所名称
氏名

受付日付印