

# 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

B I P R O G Y 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	(フ リ ガ ナ) 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						
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						
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						

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)

- 注意 事項
1. 被扶養者が増員になる際は、添付書類が必要です。
  2. 被扶養者が増員となる方には、短期の「資格確認書」を交付します。  
交付不要の場合は、備考欄にその旨をご記入ください。
  3. 被扶養者が減員になる際は、対象者の交付済み保険証または資格確認書を添付ください。
  4. 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。
  5. 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。
  6. 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 在 地 名 称 氏 名	

受付日付印