

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	〒						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	※健 保 記 入 欄 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。

【事業所使用欄】	
事 業 所 在 地 名 称 氏 名	

受付日付印