

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

BIPROGY健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	保険証	記号 101	番号 123456	氏名 豊洲 太郎	※捺印不要です		性別 男	生 年 月 日 昭和 59 年 8 月 13 日				
	住民票住所	〒1358560 東京都江東区豊洲1-2-3				*住民票住所をご記入ください		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 18 年 4 月 1 日	※この届出を出す際の標準報酬月額			720千円	前年の年収 (1~12月)	11,200,000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	※健保記入欄 認定又は削除日	備考/連絡先
	増・減	とよす ひめこ 豊洲 姫子	男 女	昭和 平成 令和 63 年 1 月 2 日	妻	パート	80,000円	同・別	年 月 日 6 8 1	収入減	年 月 日	
	住民票住所	〒				長男・二男・長女・二女 等でご記入ください		マイナンバー				
	増・減	住民票住所をご記入ください				円	同・別	年 月 日	年 月 日	必ずマイナンバーを記入してください マイナンバー未記入の届書は受付できません		
	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				
増・減	男・女				昭和 平成 令和	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)

- 被扶養者が増員になる際は、添付書類が必要です。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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】	
事業所所在地 名称氏名	

受付日付印

2024年12月改