

被扶養者を削除するときは、削除される方の
保険証を本届出に添付してください。

太枠欄内に「全て自署」もしくは「excel上で入力後印刷し、捺印」のいずれかで申請ください。

伊藤忠健康保険組合

健康保険 被扶養者異動届

記入日 年 月 日

常務理事

事務長

担当者

保険証の 記号・番号	記号	被保険者氏名		印	性別	資格取得年月日		部課名		
	番号	社員番号	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		内線 ()		
現住所	〒 (TEL : - -)				備考欄					
被扶養者についてご記入下さい	異動区分	氏名 個人番号		住所 (被保険者と別居の場合のみ記載) 生 年 月 日		性別	続柄	扶養追加、(または削除) の理由・異動年月日	職業 収入(年収)	認定年月日
	<input type="checkbox"/> 追加	(フリガナ)		〒 -		<input type="checkbox"/> 男		理由:		追加 . .
	<input type="checkbox"/> 削除			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 女		年 月 日	千円	削除 . .
	<input type="checkbox"/> 追加	(フリガナ)		〒 -		<input type="checkbox"/> 男		理由:		追加 . .
	<input type="checkbox"/> 削除			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 女		年 月 日	千円	削除 . .
	<input type="checkbox"/> 追加	(フリガナ)		〒 -		<input type="checkbox"/> 男		理由:		追加 . .
	<input type="checkbox"/> 削除			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 女		年 月 日	千円	削除 . .
	<input type="checkbox"/> 追加	(フリガナ)		〒 -		<input type="checkbox"/> 男		理由:		追加 . .
<input type="checkbox"/> 削除			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 女		年 月 日	千円	削除 . .	
被保険者の勤務 する事業所		所在地				印	事業所 担当者氏名		TEL : ()	
		名称								

- 被扶養者の「続柄」欄は、お子様の場合「長男」「長女」「養子」など詳しくご記入下さい。
- 「扶養追加、(または削除)の理由」欄は、出生、結婚、退職、就職等具体的にその理由を記入して下さい。
- 「職業」欄は、就労の有無(パート、契約社員等)や就学中は「小学6年」、「大学3年」等と実態をご記入下さい。
- 「収入」欄は年間総額とその種類(給与所得・事業所得・年金所得・雑所得他)を具体的に記入して下さい。
- 添付する必要書類等については、「私たちの健康保険」P13をご参照下さい。

この異動届は被扶養者に異動事由が生じた日から**5日以内に事業所を経由してご提出下さい。**
届出いただいた内容は、基礎情報管理及び異動に伴う健康保険業務の手続を目的として利用致します。

【健保受付確認日】