

【 記 入 見 本 】

常務理事	事務長	事務課長	担 当

健康保険被扶養者(異動)届

総務部課長	所属上長
(総)	(上)
本人記入日	
××××年××月××日	

被保険者証	記 号	123	被保険者氏名	健保 一郎		被保険者住所	東京都××区××××				
	番 号	456		社員番号(123456)							
所属	会社名	株式会社 ××××				資格取得年月日	××××年××月××日			標準報酬月額 千円	
	所 属	××部 ××課									
追加・削除	フリガナ		性 別	生 年 月 日	続 柄	職 業	月平均収入額	同居・別居	扶養開始日 又は 扶養削除日	異動理由	認定日 (削除日)
	氏 名										
<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	ケンボ ジロウ		男	××××年××月××日	長男	無	0	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	××××年 ●●月●●日	出生のため	
<input type="checkbox"/> 追加 <input checked="" type="checkbox"/> 削除	ケンボ ハナコ		女	××××年××月××日	長女	会社員	150,000	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	××××年 ●●月●●日	就職のため	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除			男・女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除			男・女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			

※被扶養者を削除する場合は記入不要です。

↑
太枠内、健保組合記入欄

受領委任について			
被扶養者の申告を行う方は、右の委任状にも記名捺印をお願いします。これは各種高額療養費、各種療養付加金等の受取りを事業主に委任していただくものです。			
交付	入力 チェック	点検者	

委任状	合算高額療養費・家族高額療養費・合算高額療養付加金・家族療養費付加金・一部負担還元金等の受取に関する権限を事業主に委任します。
	××××年××月××日
	被保険者氏名 健保 一郎

大日本印刷健康保険組合

受付年月日

事業所コード	事務担当
99	(健)
事業主到着日	健保発送日
××年××月××日	××年××月××日

- ・・・被保険者が記入・捺印するところ(漏れなく記入・捺印願います)
- ・・・被保険者が丸印等を記入するところ(漏れなく記入願います)
- ・・・事業主にて記入・捺印するところ(漏れなく記入・捺印願います)