

健康保険被扶養者（異動）届

決 済			
理事長	常務理事	事務長	担当

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	被保険者証の 記号と番号	—	氏 名	㊤			生 年 月 日	大・昭 平・令	年 月 日	性 別	男 女				
	住 所	〒					※資格取得年月日		年 月 日						
	※この届出を出す際 の標準報酬月額	千 円		※この届出を出す際 の総合所得月額		円		※資格喪失年月日		年 月 日					
被 扶 養 者	氏 名	性別	生 年 月 日			続 柄	職 業	年間収入 見 込	年金受給の有無 〔有の場合は年金額 を記入して下さい〕	同居別 居の別	開始終 了の別	扶養開始または 終了の年月日	扶養開始また は終了の理由		
	(フリガナ)		男・女	昭 平 令	年	月	日			円	有 ・ 無 (円)	同・別	始・終	令 年 月 日	
	(フリガナ)		男・女	昭 平 令	年	月	日			円	有 ・ 無 (円)	同・別	始・終	令 年 月 日	
	(フリガナ)		男・女	昭 平 令	年	月	日			円	有 ・ 無 (円)	同・別	始・終	令 年 月 日	
(フリガナ)		男・女	昭 平 令	年	月	日			円	有 ・ 無 (円)	同・別	始・終	令 年 月 日		

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

令和 年 月 日
三井精機工業健康保険組合理事長

受付日付印

- （注意事項）
- 1. この届出書は自分でご記入下さい。届出書誤記による保険証の再発行は有償となります。※印欄は記入しないで下さい。扶養終了の場合は赤字で記入してください。
 - 2. 被扶養者減の届書を提出するときは、当該被扶養者のカード保険証を返納して下さい。（資格取得時を除く）
 - 3. 続柄欄は、妻、内縁の妻、実父、妻の実母、長男、孫、養父、妻の姉、弟など詳しく記入して下さい。
 - 4. 職業欄は、専業主婦、コンビニパート、新聞配達、小学6年、中学2年、大学1年、家賃収入、利子収入など詳しく記入して下さい。
 - 5. 理由欄には、扶養になったあるいはなくなった理由として、結婚、出生、失業、就職、不具廃疾、死亡、夫の転勤による離職など事実を具体的に記入して下さい。