

決	常務理事	事務長	係
裁			

健康保険 被扶養者(異動)届

被保険者欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者の名 氏	性別	男・女	生年月日	昭和・平成	年月日
	従業員番号			所属事業所 及び部署名			取得年月日	平成	年月日
	被保険住所	〒			電話		報酬月額	※組合記入欄 千円	

被扶養者欄	異動の種類	フリガナ	性別	生年月日	続柄	職又は学業	年間収入	世帯の別	扶養を始めた日又はなくなった日	※組合記入欄 扶養認定日又は削除日		理由	備考	
										令和	年月日			
増加・減少			男・女	昭和・平成			円	同居・別居	令和	年月日	令和	年月日	被保険者入社・出生・結婚・退職・就職・死亡・その他	
個人番号														
増加・減少			男・女	昭和・平成				同居・別居					被保険者入社・出生・結婚・退職・就職・死亡・その他	
個人番号														
増加・減少			男・女	昭和・平成				同居・別居					被保険者入社・出生・結婚・退職・就職・死亡・その他	
個人番号														
増加・減少			男・女	昭和・平成				同居・別居					被保険者入社・出生・結婚・退職・就職・死亡・その他	
個人番号														

(注意事項)
 提出先……事業主(人事部門)を経由して健康保険組合へ
 提出期限……異動を生じた日から5日以内
 ※印欄は記入しないください。
 被扶養者減少の場合、対象者の被保険者証を添付してください。

令和 年 月 日 提出

ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿

受付日付印