

決	常務理事	事務長	担当
裁			

## 健康保険 被扶養者(異動)届

被 保 者 欄	被保険者等 記号・番号	記号 ○	番号 ○○○○○	被保険者の 氏名	健保 太郎	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	ヨドバシカメラ ○○店 ○○部 電話(内線) ○○-○○○○-○○○○	取得年月日	平成 令和 ○○年 ○ 月 ○ 日		
	被保険者 の住所	〒○○○-○○○○ ○○都 ○○区 ○○○ ○番地 ○号 マンション名 部屋番号 電話 ○○-○○○○-○○○○				報酬月額	※組合記入欄  千円		

異動の種類	フリガナ		性別	生年月日	続柄	職業 又は学年	年間収入	世帯の別	扶養をし始めた日又はしなくなった日	※組合記入欄 扶養認定日 又は削除日		理由	資格確認書 交付要否
	氏名									令和年	月		
増加 減少	ケンボ 健保	ハナコ 花子	男 女	昭和 平成 令和 ○年 ○月 ○日	妻	パート	130万 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 ( )	<input type="checkbox"/> 交付要	
個人番号													
増加 減少			男 女	昭和 平成 令和									
個人番号													
増加 減少			男 女	昭和 平成 令和				同居 別居				被保険者入社・ 出生・結婚・退職・ 就職・死亡・その他 ( )	<input type="checkbox"/> 交付要
個人番号													
増加 減少			男 女	昭和 平成 令和				同居 別居				被保険者入社・ 出生・結婚・退職・ 就職・死亡・その他 ( )	<input type="checkbox"/> 交付要
個人番号													

就職等で削除の異動届を提出する場合は、加入先で発行される「資格情報のお知らせ」の写し又は「資格確認書」が発行された方は資格確認書の写しをご提出ください。

〈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  
 ・必ず個人番号を記入してください。  
 ・資格確認書の発行が必要な場合は、「交付要」の□に✓を入れてください。  
 ・マイナ保険証が医療機関等でご利用いただける方は、マイナ保険証をご利用ください。

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