

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	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	氏名								令和 年 月 日	令和 年 月 日		
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 (失業給付受給開始)	<input type="checkbox"/> 交付要	
個人番号													
増加 減少			男 女	昭和 平成 令和 年 月 日				同居 別居			被保険者入社・ 生・結婚・退職・ 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 年 月 日									
個人番号													

失業給付の受給開始日を記入してください。
 失業給付受給開始のため、被扶養者から外れる場合は、下記を添付のうえ、ご提出ください。
 ・雇用保険受給資格者証(両面)の写し
 ・健康保険被保険者証、または資格確認書

令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ 日 提出

ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿

〈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。

受付日付印