

## 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	被保険者の氏名	性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年月日	昭 和 平 成 年 月 日	係
	従業員番号	所屬事業所 及び部署名			電話(内線)			取得年月日	平成 令和 年月日	
	被保険者の住所	〒			電話			報酬月額	※組合記入欄	千円

決	常務理事	事務長	係
裁			

異動の種類	フリガナ	氏名	性別	生年月日	続柄	職業又は学業年	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
増加・減少			男・女	昭和・平成・令和 年月日			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・令和 年月日				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・令和 年月日				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・令和 年月日				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  
 ※印欄は記入しないでください。  
 ・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。  
 ・必ず個人番号を記入してください。(未記入の場合は、返戻させていただきます。)

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