

決	常務理事	事務長	担当
裁			

## 健康保険 被扶養者(異動)届

被 保 険 者 欄	被保険者等 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	
	従業員番号				所属事業所 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	〒						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 業 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		
被 扶 養 者 欄	増 加 ・ 減 少			男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令		円	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 ・ 平 ・ 令			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												
被 扶 養 者 欄	増 加 ・ 減 少			男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令			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 ・ 平 ・ 令			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												

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)を經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」の口に✓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