

※ 健 保 処 理 欄			
常務理事	事務長	グループ長	担当者

被 扶 養 者 届

被保険者証	記号	番号

(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名		押印不要	性別	男 ・ 女	生 年 日	昭和 5 平成 7	年	月	日	標準報酬 月 額	千 円
-----------------------	--	------	----	-------	-------	--------------	---	---	---	-------------	-----

資 格 取 得 の 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	(フリガナ) 被 保 険 者 住 所	〒 -
--------------------	----------------	---	---	---	-----------------------	-----

(フリガナ) 被 扶 養 者 氏 名	性別	生 年 月 日	続 柄 (長男等)	同居・ 別居	個人番号 (事業主より収集しますので記入不要です) 別居の場合のみ住所を記入してください		異 動 理 由 欄外※参照 (下記に○)	認定・削除に 該当した日	※健保処理欄 認定 ・ 削除日	
					1	2				
	男	昭・5 平・7 令・9	年 月 日	同居・ 別居			A ・ B	1 5 2 6 3 7 4 8	平成・令和 年 月 日	
	女	昭・5 平・7 令・9	年 月 日	同居・ 別居			A ・ B	1 5 2 6 3 7 4 8	平成・令和 年 月 日	
	男	昭・5 平・7 令・9	年 月 日	同居・ 別居			A ・ B	1 5 2 6 3 7 4 8	平成・令和 年 月 日	
	女	昭・5 平・7 令・9	年 月 日	同居・ 別居			A ・ B	1 5 2 6 3 7 4 8	平成・令和 年 月 日	

※健保処理欄は記入しないでください

*A 異動理由 (認定の場合)	1. 出生 2. 退職 3. 結婚 4. 被保険者の取得に伴う(転勤含む) 5. 雇用保険受給終了 6. 扶養異動 7. 収入減少等による生計維持関係の発生 8. その他(理由を記入)
*B 異動理由 (削除の場合)	1. 就職(パート含む) 2. 離婚 3. 死亡 4. 結婚 5. 雇用保険受給開始 6. 収入超過 7. 別居等による生計維持関係の消滅 8. その他(理由を記入)

上記の届出事項について、事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 提出

事 業 所 所 在 地	〒 -
事 業 所 名	
事業主(代理人)氏名	
電 話	()

- この届は認定又は削除の事由が発生してから原則として5日以内に提出してください。
- 記入例を参照し、ボールペン又はペンで太枠内の必要事項に記入し、該当するものに○を付けてください。
(認定又は削除する方のみ記入してください。)
- 続柄は、妻、長男、長女、養子等戸籍の続柄を正確に、氏名は楷書で明確に記入してください。
- 認定日は原則として受付日となりますが2カ月以内に申請があった場合はその該当日まで遡ることが出来ます。
- 認定の場合は必要書類(ホームページ参照)を添付してください。
- 削除の場合は健康保険証と必要書類(ホームページ参照)を添付してください。

被扶養者確認通知書

被保険者証	記号	番号															
(フリガナ) 被保険者氏名			押印不要			性別 男・女		生年日 昭和5 平成7		年 月 日			標準報酬 月 額		千円		
資格取得の 年 月 日		昭和 平成 令和			年 月 日		(フリガナ) 被保険者住所 <small>(郵便番号も必ず記入して下さい)</small>										
(フリガナ) 被扶養者氏名		性別	生年月日		続柄 (長男等)	同居・別居		個人番号 (事業主より収集しますので記入不要です) 別居の場合のみ住所を記入してください			異動理由 欄外*参照 (下記に○)		認定・削除に 該当した日		※健保処理欄 認定・削除日		
		男	昭・5 平・7 令・9		年 月 日		同居 別居		A B			1 5 2 6 3 7 4 8		平成・令和 年 月 日			
		女	昭・5 平・7 令・9		年 月 日		同居 別居		A B			1 5 2 6 3 7 4 8		平成・令和 年 月 日			
		男	昭・5 平・7 令・9		年 月 日		同居 別居		A B			1 5 2 6 3 7 4 8		平成・令和 年 月 日			
		女	昭・5 平・7 令・9		年 月 日		同居 別居		A B			1 5 2 6 3 7 4 8		平成・令和 年 月 日			

※健保処理欄は記入しないでください

- | | |
|--------------------|--|
| *A 異動理由
(認定の場合) | 1. 出生 2. 退職 3. 結婚 4. 被保険者の取得に伴う(転勤含む) 5. 雇用保険受給終了 6. 扶養異動 7. 収入減少等による生計維持関係の発生
8. その他(理由を記入) |
| *B 異動理由
(削除の場合) | 1. 就職(パート含む) 2. 離婚 3. 死亡 4. 結婚 5. 雇用保険受給開始 6. 収入超過 7. 別居等による生計維持関係の消滅
8. その他(理由を記入) |

事業所所在地	〒 -
事業所名	
事業主(代理人)氏名	殿
電話	()

セキスイ健康保険組合 理事長