



健康保険被扶養者（異動）届										決 裁			
平成 年 月 日 提出										常務理事	事務長	担当者	担当者
被 保 険 者	被保険者証の記号 と番号	328 第社員NO.号	氏名	社員氏名			印	生年 月日	昭和 平成	社員生年月日 年 月 日			
	住 所	〒 ー 社員住所					この届出を出し際の 標準報酬月額		人事課記入 千円				
	(フリガナ) 氏 名	性別	生年月日	続柄	職業	年間所得 見 込	年金受給の有無有の場 合は年金額を記入)	同居別 居の別	開始終 了の別	扶養開始または 終了の年月日	扶養開始または 終了の理由		
被 扶 養 者	(フリガナ) 該 当 者	男・女 大昭平	年 月 日			円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	年 月 日			
			年 月 日			円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	年 月 日			
		男・女 大昭平	年 月 日			円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	年 月 日			
		男・女 大昭平	年 月 日			円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	年 月 日			
事業所所在地	人事課記入						注意事項	1. .... 2. .... 3. ....					

扶養開始の場合：黒字で  
扶養終了の場合：赤字で 記入ください。  
(該当者に関する必要事項全部)

！ 注意事項 ！

- ◇ 捺印が必要ですので、プリントアウトして人事担当者へご提出ください。  
・プリントアウトする場合は必ず **A4サイズ**にて出力ください。(プレビュー等で確認の上、印刷のこと)
- ◇ 青枠で囲んだところのみ記入・捺印ください。  
・被扶養者の欄は、扶養開始の場合は 黒字 で、扶養終了の場合は 赤字 でご記入ください。
- ◇ 扶養終了の場合は、必ず保険証を添付してください。
- ◇ 扶養開始時の必要書類は状況によって異なりますので、健保組合までお問合せください。  
TEL：06-6774-0041 (大阪内線：6445 船瀬、6447 横山、6448 太田)
- ◇ 扶養認定日は、必要書類がすべて揃い健保組合にて受付けた日からとなります。(出生を除く)