

常務理事	事務長		係

健康保険被扶養者異動届

平成 年 月 日提出

① 被保険者証	記号	② フリガナ 被保険者氏名	印	③ 性別 男・女	④ 生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日				
	番号								
⑤ 被保険者資格の取得年月日 昭和 平成 年 月 日		⑥ フリガナ 被保険者の現住所 〒 ー ー 都道府県			TEL ー ー				
⑦勤務している事業所の名称									
被 扶 養 者	⑧ フリガナ 被扶養者の氏名		⑨性別	⑩ 生 年 月 日	⑪続柄	⑫ 職 業 ⑬ 年間収入(見込) 円	⑭被保険者との世帯別 住所(被扶養者) *別世帯のみ記入	⑮扶養の開始・終了の別 開始 終了	⑯異動の理由 年月日
			男	昭 年 月 日			同世帯		
			女	平 年 月 日			別世帯		年 月 日
			男	昭 年 月 日			同世帯		
			女	平 年 月 日			別世帯		年 月 日
			男	昭 年 月 日			同世帯		
			女	平 年 月 日			別世帯		年 月 日
			男	昭 年 月 日			同世帯		
		女	平 年 月 日			別世帯		年 月 日	

[注意]

- ・記入例を参照して漏れのないよう記入し、必要書類を添えて提出してください。
- ・扶養終了の場合は、該当する被扶養者の当健康保険組合の保険証と、新たに加入した健康保険の保険証のコピーを添付してください。
なお、当健康保険組合の保険証を紛失された場合は、健康保険被保険者証紛失届もあわせて提出してください。

事業主	
上司	担当者

受付日付印

宝グループ健康保険組合

