

マイナンバーを記入不要と決められている事業所は、この用紙を使用して下さい。  
 ご不明な場合は、事業所担当者にご確認下さい。

# 健康保険被扶養者【異動届】

被 保 険 者	記号	番号	氏(フリガナ)名			常務理事	事務長	担当者			
	現住所	〒 ( ) TEL ( )			生年月日	昭平 年 月 日	受付年月日	令和 . .			
	事業所(所属)	現在の標準報酬月額			千円	認定年月日	令和 . .				
被 扶 養 者	増加又は減少	フリガナ氏名	性別	生年月日	被保険者との続柄	住所	同居別居区分	職業の有無(学生は学年)	住民票の例	例外理由	扶養しはじめた日、又はしなくなった理由
	増・減		男・女	昭平令 . .		〒 ( ) TEL ( )	同居・別居		有・無		令和 . .
	増・減		男・女	昭平令 . .		〒 ( ) TEL ( )	同居・別居		有・無		令和 . .
	増・減		男・女	昭平令 . .		〒 ( ) TEL ( )	同居・別居		有・無		令和 . .
	増・減		男・女	昭平令 . .		〒 ( ) TEL ( )	同居・別居		有・無		令和 . .
上記の通り相違ないことを証明します 令和 年 月 日 住所 適用事業主 事業所名 氏名  森永健康保険組合 御中						担当者名	日本国内に住民票がない方は原則被扶養者になれませんが、以下の場合には例外となりますので該当の番号を「例外理由」欄にご記入ください。③の場合には理由もご記入ください。( )内の証明書類を添付してください。 ①留学(学生証の写し) ②被扶養者の海外赴任帯同(赴任辞令) ③その他(個別に対応)				

\*扶養「減」の場合は、該当者の保険証を添付して下さい。  
 ◎この届は、「正」「副」用として2枚提出して下さい。