

マイナンバーを記入する事業所は、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	マイナンバー(増加時のみ記入)			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、又はしなくなった日	扶養しはじめた理由、又はしなくなった理由
		フリガナ氏名	性別	生年月日								
	増・減					〒 -	同居・別居		有・無		令和 . .	
			男・女	昭平令 . .		TEL ()						
	増・減					〒 -	同居・別居		有・無		令和 . .	
		男・女	昭平令 . .		TEL ()							
増・減					〒 -	同居・別居		有・無		令和 . .		
		男・女	昭平令 . .		TEL ()							

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。