

健康保険被扶養者異動（認定・**削除**）届

提出日：令和 5 年 2 月 1 日

健保決裁日	常務理事	事務長	担当
令和 年 月 日			

被 保 険 者 欄	会社名	アステラス製薬株式会社			※太枠内を記入すること				
	保険証の記号	101	保険証の番号	12345	氏名	アステラス太郎		生年月日	昭平 44 年 1 月 14 日
	現住所	現在居住している住所を記入してください							

申請 対 象 者 欄	フリガナ(50文字以内)	性別	コード	生年月日			職業	今後の見込年収額	世帯の別	申請事由 発生年月日			申請理由	*資格喪失証明書	
	氏名(12文字以内)		続柄	年	月	日				年	月	日			
	アステラス 花子	女	2 0 S 妻 H R	44	1	21		円	同居 別居	H R	5	2	1	就職をしたため	要 不要
		男	S H R					円	同居 別居	H R					要 不要
		男	S H R					円	同居 別居	H R					要 不要
		女	S H R					円	同居 別居	H R					要 不要

- 1 注意事項の詳細は裏面をご一読ください
- 2 認定届：生計依存関係調書と共に添付書類を提出してください(添付書類一覧表にて確認)
- 3 削除届：削除する方の被保険者証(保険証)を添付してください
- * 4 削除届：資格喪失証明書の要・不要に○をつけてください
- 5 提出先：アステラス製薬⇒ACC日本橋チーム人事業務担当
提出先：ユーロフィン分析科学研究所⇒ユーロフィン分析科学研究所人事担当

事業所認定印		受付年月日
課長	係	