

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	アムジェン株式会社			※太枠内を記入すること				
	保険証の記号	125	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	〒							

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	円				H	年	月	日		
	アステラス 花子	男	2 0 S	44	1	21		円	同居別居	R	5	2	1	就職の為	要・不要	
		女	妻													
		男								同居別居	H				要・不要	
		女														
		男								同居別居	H				要・不要	
		女														
		男								同居別居	H				要・不要	
		女														

- 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：給与・社会保険関連の業務委託先宛(社内イントラをご確認ください)

事業所認定印		受付年月日
課長	係	