

記入例(新規の申請、追加)

正

# 健康保険被扶養者異動届 (追加申請用)

選択する□をダブルクリック

\*【正】と【副】の2枚を提出して下さい。

被 保 険 者 欄	被保険者証 の記号	9999	被保険者証の 番号	9999	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	1	月	1	日	備考	
	フリガナ (氏)	トウヨウ	(名)	タロウ	取得 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	23	月	4	日	収入 (年収)	1,500,000 円
	氏名	東洋		太郎	住所	〒 108-0075 東京都港区港南2-13-40							

◎続柄の欄には「妻」、「長男」、「孫」、「義母」など詳しく記入して下さい。

◎住所は別居の場合、記入して下さい。

被 扶 養 者 欄	フリガナ (氏)	トウヨウ	(名)	ハナコ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	5	月	10	日	性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input checked="" type="checkbox"/> 2.女					
	氏名	東洋		花子	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	
	続柄	妻	職業	無職	収入 (年収)		住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	別居の場合のみ記入 〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3-456号									
	被扶養者 になった 日	令和	1	5	1	理由	理由をド롭プダウンメニューから 選択してください											
	住民票 住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日の住所	同上	〒	987-6543	都道 府県	〇〇	市区 町村						

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被 扶 養 者 欄	フリガナ (氏)		(名)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女					
	氏名				個人番号													
	続柄		職業		収入 (年収)		住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合のみ記入 〒									
	被扶養者 になった 日	令和				理由	備考											
	住民票 住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日の住所	同上	〒		都道 府県		市区 町村						

被 扶 養 者 欄	フリガナ (氏)		(名)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女					
	氏名				個人番号													
	続柄		職業		収入 (年収)		住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合のみ記入 〒									
	被扶養者 になった 日	令和				理由	備考											
	住民票 住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日の住所	同上	〒		都道 府県		市区 町村						

被 扶 養 者 欄	フリガナ (氏)		(名)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女					
	氏名				個人番号													
	続柄		職業		収入 (年収)		住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合のみ記入 〒									
	被扶養者 になった 日	令和				理由	備考											
	住民票 住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日の住所	同上	〒		都道 府県		市区 町村						

令和 年 月 日 提出

受付年月日

副

健康保険被扶養者異動確認通知書(追加申請用)

被保険者欄: 被保険者証の記号 9999, 被保険者証の番号 9999, 生年月日 昭和/平成/令和 1/1/1, 備考, フリガナ トウヨウ, タロウ, 取得年月日 昭和/平成/令和 23/4/1, 収入(年収) 1500000 円, 氏名 東洋 太郎, 住所 〒108-0075 東京都港区港南2-13-40

◎続柄の欄には「妻」、「長男」、「孫」、「義母」など詳しく記入して下さい。

◎住所は別居の場合、記入して下さい。

被扶養者欄: フリガナ トウヨウ, ハナコ, 生年月日 昭和/平成/令和 5/10/5, 性別 1.男 2.女, 氏名 東洋 花子, 続柄 妻, 職業 無職, 収入(年収) 円, 住所 同居/別居, 別居の場合のみ記入 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3-456号, 被扶養者になった日 令和 1/5/1, 理由, 備考, 住民票住所 同上, 〒 都道府県 市区町村 当該届出書の提出年1月1日の住所 同上 〒 987-6543 都道府県 〇〇 市区町村 神奈川

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄: フリガナ (氏) (名), 生年月日 昭和/平成/令和, 性別 1.男 2.女, 続柄, 職業, 収入(年収) 円, 住所 同居/別居, 別居の場合のみ記入 〒, 被扶養者になった日 令和, 理由, 備考, 住民票住所 同上, 〒 都道府県 市区町村 当該届出書の提出年1月1日の住所 同上 〒 都道府県 市区町村

被扶養者欄: フリガナ (氏) (名), 生年月日 昭和/平成/令和, 性別 1.男 2.女, 続柄, 職業, 収入(年収) 円, 住所 同居/別居, 別居の場合のみ記入 〒, 被扶養者になった日 令和, 理由, 備考, 住民票住所 同上, 〒 都道府県 市区町村 当該届出書の提出年1月1日の住所 同上 〒 都道府県 市区町村

被扶養者欄: フリガナ (氏) (名), 生年月日 昭和/平成/令和, 性別 1.男 2.女, 続柄, 職業, 収入(年収) 円, 住所 同居/別居, 別居の場合のみ記入 〒, 被扶養者になった日 令和, 理由, 備考, 住民票住所 同上, 〒 都道府県 市区町村 当該届出書の提出年1月1日の住所 同上 〒 都道府県 市区町村

令和 年 月 日 付で

認定 になりましたので通知します。

令和 年 月 日

東洋水産健康保険組合理事長