

# 健康保険被扶養者（異動）届 <増>

令和 年 月 日 提出

決済日				入 力
-----	--	--	--	-----

<b>事業主記入欄</b>	事業所所在地名称	
	事業主氏名	印
	電話番号	( )
<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		

事業所担当印
--------

- (注) ① 続柄は「長男」「二女」等、正しく記入して下さい。  
 職業等は文字にこだわらず、「小学6年」「大学3年」「年金収入」など、その実態が分かるように記入して下さい。
- ② \*印のところは記入しないでください。
- ③ 扶養認定日は原則として、出生以外は決済日となります。
- 受付年月日

私(申請者)は、業務に必要な個人情報をオカモト健康保険組合が使用する事について承諾致します。

事業所コード       属性コード

<b>被保険者欄</b>	被保険者等の記号	被保険者等の番号	生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	提出期限
	氏名 (フリガナ)	氏名 (名)	取得年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	事実のあった日から5日以内
	住所 (居所)	〒	TEL	平均月収	千円

<b>被扶養者欄1</b>	氏名 (フリガナ)	氏名 (名)	生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄 *	職業	収入 (年収)	住所	1.同居 2.別居	資格確認書発行要否
	被扶養者になった日	9.令和 年 月 日	理由	入社 (転籍)時申請 結婚 出生 離婚 退職 その他( )	認定年月日 *	9.令和 年 月 日

<b>被扶養者欄2</b>	氏名 (フリガナ)	氏名 (名)	生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄 *	職業	収入 (年収)	住所	1.同居 2.別居	資格確認書発行要否
	被扶養者になった日	9.令和 年 月 日	理由	入社 (転籍)時申請 結婚 出生 離婚 退職 その他( )	認定年月日 *	9.令和 年 月 日

<b>被扶養者欄3</b>	氏名 (フリガナ)	氏名 (名)	生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄 *	職業	収入 (年収)	住所	1.同居 2.別居	資格確認書発行要否
	被扶養者になった日	9.令和 年 月 日	理由	入社 (転籍)時申請 結婚 出生 離婚 退職 その他( )	認定年月日 *	9.令和 年 月 日

うえの通り、被保険者からの被扶養者の届出がありましたので提出致します。