

正

川崎汽船健康保険組合 御中

令和〇〇年〇〇月〇〇日 提出

健康保険被扶養者(異動)届 認定

(※印の項目の記載は必須です)

常務理事	事務長			係
------	-----	--	--	---

被保険者の 記号と番号	(記号) 123 (番号) 4567	性別 男・女	フリガナ ケンポ 太郎	被保険者の 氏名 健保 太郎	被保険者の 生年月日 昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日						
取得年月日	昭和 平成 〇年〇〇月〇〇日	現在の標準報酬月額	470 千円	現在の被保険者の 年間収入	7,500 千円	配偶者を扶養せずに子供を 扶養するとき、配偶者の年収		千円			
被保険者の住民票住所	(〒123 - 4567)	〇〇県〇〇市△△町1-1				この届が受理される 前の被扶養者数	0	名			
認定	フリガナ(※)	性別(※)	生年月日(※)	年齢	続柄	職業	月平均 の 収入額	同居 別居	扶養を始めた日	被扶養者申請をする事由	事業主確認欄
	被扶養者の氏名(※)								* 認定年月日		
増	氏名	男・女	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇	妻	無職	0	同居	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	出産準備のために勤務先を 退職したため	<input type="checkbox"/> 住民票記載 の続柄
	個人番号(マイナンバー)(※)	住民票住所(※)	(同居は記載不要)						*		<input type="checkbox"/> 住民票記載 の住所
増	氏名	男・女	昭和 平成 年 月 日						令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 住民票記載 の続柄
	個人番号(マイナンバー)(※)	住民票住所(※)	(同居は記載不要)						*	<input type="checkbox"/> 住民票記載 の住所	
増	氏名	男・女	昭和 平成 年 月 日						令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 住民票記載 の続柄
	個人番号(マイナンバー)(※)	住民票住所(※)	(同居は記載不要)						*	<input type="checkbox"/> 住民票記載 の住所	
増	氏名	男・女	昭和 平成 年 月 日						令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 住民票記載 の続柄
	個人番号(マイナンバー)(※)	住民票住所(※)	(同居は記載不要)						*	<input type="checkbox"/> 住民票記載 の住所	

上記届書の記載内容に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇

事業所名称 ケイライン〇〇〇株式会社

事業主氏名 事業主代理人 〇〇〇〇

被保険者記入時の注意事項(※印は健保組合記入欄)

- ◎ この届書は被保険者が資格取得時に被扶養者を申請するとき、或いは被扶養者に異動(増)が生じたときに、異動がある方のみを記入してください。
- ◎ 氏名は戸籍上のもを楷書で記入し、フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ◎ 続柄は「長男」「養女」「妻の母」などと記入してください。「子」は続柄の識別(登録)ができません。
- ◎ 職業欄には「パート」「自営業」「農業」「高校2年生」など、実体がわかるように記入してください。

事業主確認欄注意事項(右端の確認印)

- ◎ 住民票等により被扶養者の続柄・城所が届出記載と相違なしことを事業主が確認できた場合のみ、確認欄の✓を付して確認欄に押印してください。配偶者と16歳未満の子は住民票添付が省略できます。

受付印

事業主確認印