

健康保険組合記入欄	常務理事	事務長	担当者	担当者

## 健康保険被扶養者(異動)届

健康保険被保険者証 記号	番号	社員 No.	氏名	健保 太郎		⑩	男・女
1	1234	1234-5	生年月日	昭和 24 年 4 月 24 日			
資格取得年月日	昭和 45 年 4 月 1 日			事業所	大阪本社		
被保険者の現住所	〒 550-00 大阪市西区江戸堀 1-2-3						
被 扶 養 者	フリガナ	ケンボ ハナコ		男・女	続柄	妻	備考(加除印)
	氏名	健保 花子		同居・別居	職業	会社員	
	生年月日	昭和 26 年 3 月 31 日		収入月額			
	扶養を始めた日、又はしなくなった日	平成 20 年 4 月 1 日		扶養を始めた理由、又はしなくなった理由	3月31日 死亡のため		
	住所 (被保険者と異なる場合)	死亡した翌日を記入					
被 扶 養 者	フリガナ	ケンボ イチロー		男・女	続柄	長男	備考(加除印)
	氏名	健保 一郎		同居・別居	職業	会社員	
	生年月日	昭和 60 年 4 月 1 日		収入月額			
	扶養を始めた日、又はしなくなった日	平成 20 年 4 月 1 日		扶養を始めた理由、又はしなくなった理由	4月1日付 就職のため		
	住所 (被保険者と異なる場合)	就職した日を記入					
被 扶 養 者	フリガナ			男・女	続柄		備考(加除印)
	氏名			同居・別居	職業		
	生年月日	年 月 日		収入月額			
	扶養を始めた日、又はしなくなった日	年 月 日		扶養を始めた理由、又はしなくなった理由			
	住所 (被保険者と異なる場合)						

申請日 平成 20 年 4 月 2 日

提出日(異動のあった日から原則5日以内)を記入してください。

### サカタインクス健康保健組合 理事長殿

事業主の証明	上記の申請に相違無いことを証明する。						
	年 月 日			住所			
				事業主 氏名 ⑩			

注意 1. 鉛筆書き、記入漏れは受付られません。

2. 続柄は詳しく記入して下さい。(実母・養母・長男・二男・・・等)

3. 異動理由は詳しく記入して下さい。死亡の場合は「死亡診断書」等を添付。

受付印

健康保険組合記入欄				

## 被扶養者 認定・削除 通知書

健康保険被保険者証 記号	番号	社員 No.	氏名	健保 太郎		⑩	男・女	
1	1234	1234-5	生年月日	昭和 24 年 4 月 24 日				
資格取得年月日	昭和 45 年 4 月 1 日			事業所	大阪本社			
被保険者の現住所	〒 550-00 大阪市西区江戸堀 1-2-3							
被 扶 養 者	フリガナ	ケンボ ハナコ		男・女	続柄	妻	備考 (加除印)	
	氏名	健保 花子		同居・別居	職業	会社員		
	生年月日	昭和 26 年 3 月 31 日		収入月額				
	扶養を始めた日、又はしなくなった日	平成 20 年 4 月 1 日		扶養を始めた理由、又はしなくなった理由	3月31日 死亡のため			
	住所 (被保険者と異なる場合)	死亡した翌日を記入						
	フリガナ	ケンボ イチロー		男・女	続柄	長男	備考 (加除印)	
	氏名	健保 一郎		同居・別居	職業	会社員		
	生年月日	昭和 60 年 4 月 1 日		収入月額				
	扶養を始めた日、又はしなくなった日	平成 20 年 4 月 1 日		扶養を始めた理由、又はしなくなった理由	4月1日付 就職のため			
	住所 (被保険者と異なる場合)	就職した日を記入						
フリガナ			男・女	続柄			備考 (加除印)	
氏名			同居・別居	職業				
生年月日	年 月 日		収入月額					
扶養を始めた日、又はしなくなった日	年 月 日		扶養を始めた理由、又はしなくなった理由					
住所 (被保険者と異なる場合)								

### 事業主殿

保 險 者 の 証 明	申請に基づく審査の結果、上記のように異動手続きをしましたので通知します。						
	年	月	日	住所	大阪市西区江戸堀 1-23-37		
	保険者			氏名	サカティクス健康保険組合 理事長 藤川 和彦 ⑩		