

健康保険 被扶養者異動届 (**増加**) 削除 ※) ※いずれかを囲んでください

常務理事 専務員 担当

結婚したとき

この届出については、次の要件を満たしたものである。(相違なければ☑を入れてください)

(被保険者) 申請者本人(被保険者)が作成し、誤りがないか確認したものである。

(事業主) 記載内容について誤りがないか事業主が確認したものである。

内容を確認し、(被保険者)のチェックボックスにチェックをいれてください。
 チェックがない場合、再度ご記入いただきます。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日	性別	資格取得年月日	
1234	5678	(氏) 健保	(名) 太郎	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	平成 令和
被保険者住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1		電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	配偶者の有無	有 無	年間収入 約 96万 円
							標準報酬 月額

被扶養者の氏名	生 年 月 日	性別	続柄 (記入例: 妻、長男、 二女)	職業 又は 学年	年間収入額 (削除の場合 合不要)	同居・別居の区分		扶養をし始めた日 またはしなくなった日	理 由	雇用保険受給の有無 (削除の場合不要)	
						別居被扶養者の住所				年 月 日	年 月 日
ケンボ (氏) 健保	ハナコ (名) 花子	昭和 平成 令和	妻	パート	8万 円	同居・別居	令和	0 3 0 5 3 0	結婚のため	有・無・申請中	
		昭和 平成 令和				同居・別居	令			有・無・申請中	
		昭和 平成 令和								有・無・申請中	
		昭和 平成 令和								有・無・申請中	
		昭和 平成 令和								有・無・申請中	

**「被扶養者認定に必要な書類一覧」を確認の上、
 添付書類と併せて下記【送付先】にご提出ください。
 ※状況に応じて追加書類の提出を求める場合があります**

事業主記載欄

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。
 社内便の場合:SGT/CC 10025912/HR/健康保険証担当
 社外の場合:〒108-0075 東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー
 日本マイクロソフト(株) 人事部 健康保険証担当