被保険者証の記号及び番号	
(記号)	(番号)

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当者	

被保険者	フリガナ			性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格取得の年月日	昭和 平成	年 月 日
	氏名と印		印								
	住所	〒 － TEL							この届が受理された後の被扶養者数		名

被扶養者	増加減少の別	被扶養者の氏名 フリガナ 氏名(姓)	(名)	性別	生年月日	被保険者との続柄	職業等 収入の有無 (年金収入含む)	被保険者との居住状況	扶養しはじめた理由又は扶養しなくなった理由とその年月日
	増			男	昭和 年 月 日			同居	
	減			女	平成		有 • 無	別居	平成 年 月 日
	増			男	昭和 年 月 日			同居	
	減			女	平成		有 • 無	別居	平成 年 月 日
	増			男	昭和 年 月 日			同居	
	減			女	平成		有 • 無	別居	平成 年 月 日
	増			男	昭和 年 月 日			同居	
	減			女	平成		有 • 無	別居	平成 年 月 日

事業所記入欄	
標準報酬月額	千円

健保組合記入欄 (認定又は削除年月日)
認定 · 削除
平成 年 月 日
認定 · 削除
平成 年 月 日
認定 · 削除
平成 年 月 日
認定 · 削除
平成 年 月 日
認定 · 削除
平成 年 月 日

※扶養認定に基づく重要な書類ですので、正確に記入してください。
※削除の場合のみ、該当者の「健康保険被保険者証」を添付してください。
※扶養認定に必要となる書類がありますので、必ず「健康保険被扶養者(異動)届に添付する書類一覧」を確認の上、該当する書類を添付してください。

受付年月日

事業所	所在地 名称 事業主 電話番号	印

フォーラムエンジニアリング健康保険組合

Revision H25.10