【事業主確認欄】 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。

常務理事	事務長		担 当

健康保険 被扶養者(異動)届

令和 ○○ 年○○ 月○○ 日 提出

被保険者等 記号・番号 (右づめで記入)												＊記号・番号が分からない場合は個人番号を記入してください											
記号	○	○	○	―	番号	○	○	○	○	○	○												

被保険者氏名	資格取得年月日	生年月日	性別
三菱 太郎	平成・令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	昭和・平成・令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	男 女

住所	〒 000 － 0000	□□県□□市□□町1丁目1番1号
住民票住所	同上 ☑	〒 －
電話番号	自宅: 000 － 0000 － 0000	携帯: 000 － 0000 － 0000
異動の別	標準報酬月額	備考
追加 削除(変更)	千円	

(フリガナ)	ﾐﾂﾋﾞｼ ｱｲｺ	(健保使用)	生年月日	性別	続柄
氏名	三菱 愛子		昭和・平成・令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	男 女	妻

個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

住所	〒 － (同居の場合は記載不要)	被保険者と 同居 ☑ 別居 □
住民票住所	同上 □ 〒 －	
職業	△ △ △	月平均収入額 ○○, ○○○ 円
被扶養者になった日	令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	被扶養者になった理由 又は 除かれた理由 結婚
被扶養者から除かれた日	令和 年 月 日	
資格確認書発行要否	□ 発行が必要 (事業所担当者記載欄)	

(フリガナ)		(健保使用)	生年月日	性別	続柄
氏名			昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	

個人番号													

住所	〒 －	被保険者と 同居 □ 別居 □
住民票住所	同上 □ 〒 －	
職業		月平均収入額 円
被扶養者になった日	令和 年 月 日	被扶養者になった理由 又は 除かれた理由
被扶養者から除かれた日	令和 年 月 日	
資格確認書発行要否	□ 発行が必要 (事業所担当者記載欄)	

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電 話

受付日付印

三菱製紙健康保険組合