

健康保険 氏名変更届 ● 被扶養者(異動)届

「氏名変更届」を赤字で記入してください

- 正
- ◎ 事実が発生した日から5日以内に届出してください。
 - ◎ 記入の方法は3枚目にあります。
 - ◎ 「※」欄は記入しないでください。
 - ◎ ㊟は被保険者・事業主がそれぞれ署名した場合は省略できます。

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|--------|----------------------|----|-------|------|--------------|
| 健康保険被保険者証の記号 | 3 0 0 0 | 健康保険被保険者証の番号 | 5 2 | 生年月日 | 昭和 5 2 0 1 0 1 平成 | 性別 | 男 ・ 女 | 異動の別 | 追加 削除(変更) |
| 氏名 | (フリガナ) 千葉 良子 (氏) 千葉 良子 | 資格取得年月日 | 昭和 2 4 0 4 0 1 平成 | 標準報酬月額 | 0 3 0 0 | 千円 | | | |
| 配偶者の有無 | 有 無 | 配偶者の収入は被保険者より | 多い ・ 少ない | 備考 | | | | | |
| 住所 〒 222-0000 神奈川県横浜市港北区月見ヶ丘 0-0-0 | | | | | | | | | |

子どもを扶養に入れる場合は、被保険者の配偶者の前年分収入証明が必要です(年間収入の多い方で扶養していただくため)。ただし、配偶者が当健保組合の被扶養者となっている場合は省略することができます。

| | | | | | | | | |
|-------|-----------|---------------------------|-------------|----------------------|----------|--------------------------|-------------|---------------------------------------|
| 被扶養者欄 | 氏名 | (フリガナ) 東京 千葉 (氏) 東京 千葉 | 生年月日 | 昭和 2 0 0 5 0 5 平成 | 性別 | 男 ・ 女 | 続柄 | 長男 |
| 1 | 職業 | 平均月収 | 円 | 住所 | 同居 別居 | 別居の理由 () | | |
| 2 | 被扶養者になった日 | 平成 | 被扶養者でなくなった日 | 平成 | 理由 | 新規・出生・婚姻・退職・就職・離婚・死亡・その他 | | |
| 3 | 被扶養者認定日 | ※ | 回収区分 | ※ | 添付 | 減失 | 給付金等受給予定の有無 | 失業給付(有・無) 傷病手当金(有・無) 出産手当金(有・無) |

2段書きで記入してください
変更前...上段・赤字
変更後...下段・黒字

| | | | | | | | |
|-------|-----------|------|-------------|----|----------|--------------------------|--|
| 被扶養者欄 | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 | 性別 | 男 ・ 女 | 続柄 | (長男・長女等) |
| 2 | 職業 | 平均月収 | 円 | 住所 | 同居 別居 | 別居の理由 () | |
| 3 | 被扶養者になった日 | 平成 | 被扶養者でなくなった日 | 平成 | 理由 | 新規・出生・婚姻・退職・就職・離婚・死亡・その他 | |
| 4 | 被扶養者認定日 | ※ | 回収区分 | ※ | 添付 | 減失 | 給付金等受給予定の有無 失業給付(有・無) 傷病手当金(有・無) 出産手当金(有・無) |

| | | | | | | | |
|-------|-----------|------|-------------|----|----------|--------------------------|--|
| 被扶養者欄 | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 | 性別 | 男 ・ 女 | 続柄 | (長男・長女等) |
| 3 | 職業 | 平均月収 | 円 | 住所 | 同居 別居 | 別居の理由 () | |
| 4 | 被扶養者になった日 | 平成 | 被扶養者でなくなった日 | 平成 | 理由 | 新規・出生・婚姻・退職・就職・離婚・死亡・その他 | |
| 5 | 被扶養者認定日 | ※ | 回収区分 | ※ | 添付 | 減失 | 給付金等受給予定の有無 失業給付(有・無) 傷病手当金(有・無) 出産手当金(有・無) |

平成 29 年 10 月 5 日提出

受付日付印

| | |
|--------|---------------------------|
| 事業所所在地 | 〒 160-0000 東京都新宿区新宿 0-0-0 |
| 事業所名称 | ウエルセット不動産 株式会社 |
| 事業主氏名 | 不動産 一雄 |
| 電話番号 | 03 (0000) 0000 |

任意継続の申請の場合は無記入で可



| | |
|----------------|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | ㊟ |
|----------------|---|