

(被保険者 事業主 健康保険組合)

決定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

被扶養者(認定・失格)異動届

日本化薬健康保険組合御中

令和 年 月 日 提出

- 記載上の注意
- この届書は被扶養者に異動(認定・失格)を生じたその都度2通作成し健康保険組合へ提出すること。
 - 健康保険組合は本届書を確認の上1通を事業所へ返送する。
 - 認定の場合は扶養申請書並びに関係書類を添付すること。
 - 失格異動届書には、必ず被保険者証力ードを添付すること。

被保険者証	記号 番号	被保険者の 氏 名	被保険者の 生年月日	昭 平 令	年	月	日生	資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者の 住 所	この届を出す際の 被扶養者数	名			
フリガナ 被扶養者の氏名		性別	生年月日	続柄	職業	収入月額	別 同 の 居 居 別	扶養しはじめた日また は扶養しなくなった日	左の理由									
		男・女	昭 平 令	年	月	日								令和	年	月	日	
		男・女	昭 平 令	年	月	日								令和	年	月	日	
		男・女	昭 平 令	年	月	日								令和	年	月	日	
		男・女	昭 平 令	年	月	日								令和	年	月	日	
		男・女	昭 平 令	年	月	日								令和	年	月	日	

事業主の証明欄	上記の内容に相違ないことを証明します
	令和 年 月 日
	所在地 事業主 名称 氏 名

受付日付印