

健康保険被扶養者（異動）届

決裁	常務理事	事務長	課長	担当者

被 保 険 者	保険証	記号	(右づめ)	氏名・印	印	性別	男 女	生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日
	住所							この届出前の 被扶養者数	名	この届出後の 被扶養者数	名	
	資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	この届出を出す際 の標準報酬月額	千円		前年の年収 (1~12月)	円		
被 扶 養 者	増員 減員	ふりがな 氏名	姓 別	生 年 月 日	続 柄	職 業	月 収 平 均 額	同 居 別 居	扶養し始めた日 又は、 しなくなった日	届 理 出 由	認 定 又 は 削 除 年 月 日	備 連 絡 考 先
	増・減	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日			円	同・別	年 月 日		年 月 日	
	マイナンバー											
	増・減	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日			円	同・別	年 月 日		年 月 日	
増・減	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日			円	同・別	年 月 日		年 月 日		
増・減	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日			円	同・別	年 月 日		年 月 日		
マイナンバー												

令和 年 月 日 提出 (ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません)

日本ユニシス健康保険組合理事長 殿

1. マイナンバーは被扶養者が増員の際に必要です。減員の際は記入しないでください。

注 2. 印欄は記入しないでください。

意 3. 被扶養者が減員になる際は対象者のカード型保険証を必ず添付してください。

事 4. 被扶養者が減員になる際で今後国保加入ご希望の方は「証明書発行願」の提出が必要です

項 5. この届出は異動が生じた日から5日以内に提出してください。

6. 提出先は事業所（会社の健康保険担当窓口）です。

事業所 所在地 名称 氏名	
	印

受付日付印