

任 意 継 続 / 特 例 退 職
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	生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日							
	番 号					女																
	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		性 別	生 年 月 日			続 柄	職 業	月 収	平 均 額	円	同 居 別 居	扶養し始めた日 又は、 しなくなった日		年 月 日	届 理 出 由	認定又は削除 年 月 日		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		減員の際、記入は不要です																	
	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		減員の際、記入は不要です																	
	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		減員の際、記入は不要です																	

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。

受付日付印