

西日本新聞社健康保険組合
健康保険被扶養者(異動)届

理事長	常務理事	事務長	担当者

被保険者欄	記号・番号		氏名		性別	1.男 2.女	生年月日	昭和・5 平成・7 令和・9	年	月	日	資格取得年月日	昭和・5 平成・7 令和・9	年	月	日
	標準報酬月額		住所	〒								日中の連絡先	職場・携帯			

被扶養者の氏名			性別	生年月日			続柄	個人番号				職業	年間所得見込額			
フリガナ			1.男 2.女	昭・5 平・7 令・9												
異動が生じた日																異動理由
令和 年 月 日						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			〒			<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 回収不能				
フリガナ			1.男 2.女	昭・5 平・7 令・9												
異動が生じた日																
令和 年 月 日						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			〒			<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 回収不能				
フリガナ			1.男 2.女	昭・5 平・7 令・9												
異動が生じた日																
令和 年 月 日						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			〒			<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 回収不能				

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	()

令和 年 月 日 提出

マスター	住所	個人番号	第3号	保険証
				発行 回収

(注意事項) 1.扶養認定を受けるための届出には、住民票や所得証明書等の生計維持関係を証明する書類を添付してください。
2.扶養除外のための届出には、健康保険証を添付してください。