

ジャックス健康保険組合理事長 殿

健康保険被扶養者（異動）届

提出日：令和 年 月 日

① 被保険者証	記号	② フリガナ 被保険者 氏名と印	男 ・ 女	③ 生 年 月 日	④ 所 属	TEL 又は J-NET ()		
	番号			昭和・平成・令和 年 月 日				
⑤ 被保険者 の住所	〒 -			⑥ 資格取得年月日	⑦ 標準報 酬月額	千円	⑧ 事業主から の報酬以外 の収入（年額）	千円
				昭和・平成・令和 年 月 日				

以下の欄は増減の対象となる方についてのみご記入下さい。

⑨ 区分	⑩ フリガナ 被扶養者の氏名	性別	⑪ 被扶養者の 生年月日	⑫ 続柄	⑬ 職 業	⑭ 年 収 見込額	⑮ 扶養開始又は 終了の日	⑯ 扶養又は 削除の理由	⑰ 被保険者と同居・別居の別 (被保険者と別居の場合のみ住所を記入)	⑱ 備 考
増・減	-----	男女	昭・平 令 年 月 日			千円	平成・令和		同居 ・ 別居	
		⑱個人番号					年 月 日		〒 -	
増・減	-----	男女	昭・平 令 年 月 日			千円	平成・令和		同居 ・ 別居	
		⑱個人番号					年 月 日		〒 -	
増・減	-----	男女	昭・平 令 年 月 日			千円	平成・令和		同居 ・ 別居	
		⑱個人番号					年 月 日		〒 -	
増・減	-----	男女	昭・平 令 年 月 日			千円	平成・令和		同居 ・ 別居	
		⑱個人番号					年 月 日		〒 -	

※記入にあたっては、別紙「被扶養者（異動）届の説明」をよくお読み下さい。
 ※本届出を提出する場合は、認定に必要な書類及び同時に提出する書類を添付してください。

上記のとおり被保険者から被扶養者に関する届出がありましたので提出します。
 年 月 日

所在地
 事業所
 名 称
 事業主氏名

⑩

健 康 保 険 組 合				
決 裁	(備 考)	常務理事	事務長	担当者
1. 認定				
2. 否認				

健康保険組合