

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：平成24年10月 1日

①被保険者証	記号	〇〇	②フリガナ 被保険者 氏名と印	ケボ コタロウ		③生年月日 昭和・平成 〇〇年 〇月 〇日	④所属	〇〇 支店	
	番号	〇〇〇〇〇		健保 太郎 印				男・女	TEL 又は J-NET (〇〇〇-〇〇〇)
⑤被保険者の住所	〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿4-1-〇〇			⑥資格取得年月日 昭和・平成 〇〇年 〇月 〇日	⑦標準報酬月額 〇〇〇	千円	⑧事業主からの報酬以外の収入(年額)	千円	

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	ケボ コタロウ 健保 小太郎	男・ 女	大昭平 〇〇年 〇月 〇日	長男	会社員	千円 3,000	平成 24年10月1日	就職	同居・別居 〒 -	
増・ 減		男・ 女	大昭平 年 月 日			千円	平成 年 月 日		同居・別居 〒 -	
増・ 減		男・ 女	大昭平 年 月 日			千円	平成 年 月 日		同居・別居 〒 -	
増・ 減		男・ 女	大昭平 年 月 日			千円	平成 年 月 日		同居・別居 〒 -	

※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。	
所在地	平成 年 月 日
事業所 名称	
事業主氏名	印

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