

※申請書は各事業会社人事・総務部門に提出してください。

健康保険被扶養者異動届兼 認定 削除 通知書

年 月 日 提出

常務理事	事務長		係

① 被保険者証	記号 番号	② フリガナ 被保険者 氏 名	③ 性別 男・女	④ 生 年 月 日 S H 年 月 日					
⑤ 被保険者資格 の取得年月日	年 月 日		⑥ フリガナ 被 保 険 者 の 現 住 所	〒 ー 都 道 府 県					
⑦ 増 減	フリガナ 被扶養者の氏名	⑧性別 男 女	⑨ 生 年 月 日 年 月 日	⑩ 続柄	⑪ 職業・収入 円	⑫ 世帯区分 同居 別居	⑬ 異動の理由	⑭ 認定・削除 年月日 R 年 月 日	⑮ 備 考
増		男				同居			
減		女	SHR			別居		R	
増		男				同居			
減		女	SHR			別居		R	
増		男				同居			
減		女	SHR			別居		R	
増		男				同居			
減		女	SHR			別居		R	
増		男				同居			
減		女	SHR			別居		R	

[注意]

- 1 記入漏れのないようにしてください。なお、削除の場合は該当者の保険証を添えて提出ください。
- 2 就職されて扶養から外れる場合は新しい就職先の保険証コピーを添付ください。
- 3 性別、年号、増減別、世帯区分は該当項目を丸で囲むか、不要項目を削除してください。
- 4 子の扶養で配偶者がコクヨ健保に加入していない場合、被保険者（本人）の前年度源泉徴収票および配偶者の前年度所得証明書も必ず添付ください。

コクヨ健康保険組合

事業所	所在地 名称	
	事業主名	

受付日付印