

※申請書は各事業会社人事・総務部に提出して下さい。

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	**	② フリガナ 被保険者氏名	ケンポ タロウ		③ 性別	④ 生年月日		
	番号	****		健保 太郎			男・女	昭和**年**月**日	
⑤ 被保険者資格の取得年月日	平成 2 年 4 月 1 日			⑥ フリガナ 被保険者の現住所	オオサカフオオサカシジョウトウクタマツ				
					〒 537 - 1234 都道 大阪 府 大阪府城東区玉津11-22-33				
⑦ 増減	フリガナ 被扶養者の氏名	⑧ 性別	⑨ 生年月日	⑩ 続柄	⑪ 職業・収入	⑫ 世帯区分	⑬ 異動の理由	⑭ 認定・削除 年月日	⑮ 備考
増	ケンポ アイ	男	年 月 日	妻		同居	退職したため	年 月 日	※ 認定の場合
減	健保 愛	女	SHR 43 8 1		0 円	別居		(注) 認定日は健保で判断 します。	
増	ケンポ イチロウ	男	年 月 日	子	会社員	同居	就職したため	年 月 日	※ 削除の場合
減	健保 一郎	女	SHR 8 9 2		円	別居		R 3 4 1	
増		男	年 月 日			同居		年 月 日	
減		女	SHR		円	別居		SHR	
増		男	年 月 日			同居		年 月 日	
減		女	SHR		円	別居		SHR	
増		男	年 月 日			同居		年 月 日	
減		女	SHR		円	別居		SHR	

[注意]

- 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してください。**  
なお、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のコピーを添付してください。
- 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。
- 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してください。

コクヨ健康保険組合

2021. 04. 13

所在地	
事業所名称	
事業主名	

受付日付印