

住友ファーマ健康保険組合理事長 殿

※資格確認証発行の要否は記入例を参考にして下さい。
※印刷する際は横向きに設定して下さい。

常務理事	事務長	係員

健康保険被扶養者(異動)届【増】

被保険者等	記号	番号	フリガナ				男□・女□	生年月日	昭和□ 平成□ 令和□	年 月 日		
			被保険者 氏名									
被保険者 住民票住所					給与以外の収入 (年金・不動産収入等)				標準報酬月額 (健保記入)	円 千円		
被扶養者 の氏名 フリガナ	性別	生年月日	続柄	職業	同居・別居 区分	異動日	扶養することになった理由			資格確認書 発行要否		
氏名			年齢									
	男□ ・ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日			同居□・別居□	令和 年 月 日				□発行が必要		
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)					個人番号(12桁) ※記入不要!							
	男□ ・ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日			同居□・別居□	令和 年 月 日				□発行が必要		
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)					個人番号(12桁) ※記入不要!							
	男□ ・ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日			同居□・別居□	令和 年 月 日				□発行が必要		
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)					個人番号(12桁) ※記入不要!							
	男□ ・ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日			同居・別居 □ □	令和 年 月 日				□発行が必要		
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)					個人番号(12桁) ※記入不要!							

令和 年 月 日提出

健保受付印

事業主確認

<input type="checkbox"/>	この届出については、下記の2点を確認しています。 1. 申請者本人(被保険者)が作成していること。 2. 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。
--------------------------	---