

常務理事	事務長	担当

健康保険 被扶養者(異動)届

日本新薬健康保険組合理事長 殿

【 平成 年 月 日提出 】

太線枠内ご記入ください。

被 保 険 者	被保険者証 の記号番号	46	氏名	⑩ (自署の場合は押印不要)			生年月日	大・昭 年 月 日	性別	男・女
	住所	〒 - () -					所属		社内 内線	
被 扶 養 者	区分	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	被保険者 との続柄	世帯 区分	職業・学校等	収 入 内 容 収 入 金 額	異 動 理 由 異 動 年 月 日	認 定 年 月 日 削 除 年 月 日
	増 ・ 減		明・大・昭・平 年 月 日	男 ・ 女		同居 ・ 別居		(月額)	平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日
	増 ・ 減		明・大・昭・平 年 月 日	男 ・ 女		同居 ・ 別居		(月額)	平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日
	増 ・ 減		明・大・昭・平 年 月 日	男 ・ 女		同居 ・ 別居		(月額)	平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日
	増 ・ 減		明・大・昭・平 年 月 日	男 ・ 女		同居 ・ 別居		(月額)	平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日
	増 ・ 減		明・大・昭・平 年 月 日	男 ・ 女		同居 ・ 別居		(月額)	平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日
	増 ・ 減		明・大・昭・平 年 月 日	男 ・ 女		同居 ・ 別居		(月額)	平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日
	増 ・ 減		明・大・昭・平 年 月 日	男 ・ 女		同居 ・ 別居		(月額)	平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日

人事部確認・入力印

被扶養者異動の届け出は5日以内が原則です。これを基準として定めていることから「認定日」の扱いは以下の通りとなります。

異動年月日を含め5日以内に届け出書類が健保組合に提出され、書類に不備が無かった場合の認定日は「異動年月日」となります。

5日を超えて書類が提出された場合、書類に不備が無くても「書類到着日」が認定日となります。

但し、「出生」は5日を超えて書類が提出された場合でも、出生日を認定日とします。

被扶養者に異動が生じた場合は、すみやかに提出してください。〔被扶養者減の場合は、保険証を添付（返却）してください。〕

「被扶養者」欄は、異動のある人のみ記入してください。

「 」欄は記入しないでください。