

健康保険 被扶養者(異動) 届

被扶養者の新規・追加申請
 被扶養者の削除申請

常務理事	事務長		担当者

健康保険被保険者 記号 番号		被保険者の氏名	生年月日	性別	資格取得年月日	標準報酬月額																						
0	0	9	9		1	0	0	0	0	ライク 太郎	昭和 平成 令和	4	9	1	2	2	1	男 女	平成 令和	2	9	0	1	0	1	2	4	0
被保険者の住所		〒 530-0017 大阪市北区角田町0-0-0-503				備考																						

被扶養者の氏名(フリガナ) (申請のご家族)	性別	生年月日	被保険者との続柄	職業/学年 月平均収入額	新規追加または削除年月日 とその理由	認定(削除)年月日 【健保使用欄】	被保険者と同居・別居の別 (別居の場合、その住所と別居理由)	資格確認書 要否
(フリガナ) ライク ハナコ ライク 花子	男 女	昭和 平成 令和	妻	無職 0円 (年金収入も含む)	29年1月1日 理由 被保険者の健康保険加入に伴う申請	同居	同居 (住所)	要 否
(フリガナ) ライク イチロウ ライク 一郎	男 女	昭和 平成 令和	長男	学生 0円 (年金収入も含む)	29年1月1日 理由 被保険者の健康保険加入に伴う申請	同居	山梨県山梨市0-0-0 別居 (理由) 大学の寮に居るため 個人番号(マイナンバー)	要 否
(フリガナ)	男 女	昭和 平成 令和				同居	(住所)	要 否
(フリガナ)	男 女	昭和 平成 令和						要 否

同居・別居の判断は住民票上での判断ではなく、実態として同居・別居をしているのかをご記入ください。

新規追加理由は
 ○お子様がお生まれになった場合: 出産に伴う申請
 ○該当の方が退職された場合 : 退職による申請
 ○ご結婚による場合 : 婚姻に伴う申請 等
 追加される方の状況をご記入ください。

※資格確認書の要否に関して○が無い場合は、否と判断させていただきます。
 ※要に選択された場合は別途、「健康保険資格確認書交付申請書」を添付してください。添付が無い場合も否と判断させていただきます。

事業所所在地 上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。
 〒 530-0017
 大阪市北区角田町0-0-0
 事業所名称 ライク株式会社
 事業主氏名 代表取締役 ライク 太
 電話番号 06-1234-5678

令和 年 月 日 提出

受付日付印

ライク健康保険組合