

# 健康保険 被扶養者（発生）（消滅）届

●発生・消滅の該当する項目を○で囲んで下さい。

健康保険組合			
常務理事	事務長	主任	担当

提出日 令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号		所属	雇用形態	氏名
記号	番号			

事業所（本社総務）		

※ロジスティードの従業員は番号に従業員番号の下6桁を記入して下さい。

※該当する続柄(妻・長男・二男など)を記入して下さい。

続柄 (長男など)	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	(発生) 年月日 (消滅)	(発生)※ 理由 (消滅)	同 別 居	備考
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日		同・別	
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日		同・別	
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日		同・別	

## 注意事項

※発生・消滅理由は下記より選んで記入下さい

発生		消滅	
(1) 離職	(A) 就職	(B) 収入超過	(C) 離婚
(2) 失給終了	(D) 75歳(後期)到達	(E) 死亡	(Z) その他
(3) 収入減	(E) 死亡	(Z) その他	
(4) 結婚			
(5) 出産			
(6) 本人取得			
(9) その他			