

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 5 年 4 月 5 日

被保険者証の記号・番号		所属	雇用形態	氏名
記号	番号	本社人事総務部	正社員	健保 太郎
208	1234567			

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
妻	ケンボ 花子	男・女 ○女	昭和 平成 令和 63年3月3日	令和 5年4月1日	(4) 結婚	同 ○別	
二男	ケンボ 次郎	男・女 ○男	昭和 平成 令和 5年4月5日	令和 5年4月5日	(5) 出産	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	(2) 失給終了	(B) 収入超過
(3) 収入減	(C) 離婚	(4) 結婚	(D) 75歳(後期)到達
(5) 出産	(E) 死亡	(6) 本人取得	(Z) その他
(9) その他			