

健康保険被扶養者（異動）届

決裁	常務理事	事務長	課長	担当者

被 保 険 者	保険証	記号	(右づめ)	氏名・印				印	性別	男	生 年 日		昭和	年	月	日				
		番号							女		月	日	平成							
	住所									この届出前の被扶養者数		名	この届出後の被扶養者数		名					
	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	※この届出を出す際の標準報酬月額				前年の年収(1~12月)										
											千円					円				
被 扶 養 者	増員 減員	ふりがな		姓	生 年 月 日			続柄	職業	月 平 均 額		同居 別居	扶養し始めた日 又は、 しなくなった日		届 出 由	※認定又は削除 年 月 日		備 連 絡	考 先	
		氏 名		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			円	同・別	年	月	日		年	月	日	
		マイナンバー																		
	増・減			男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			円	同・別	年	月	日		年	月	日	
		マイナンバー																		
	増・減			男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			円	同・別	年	月	日		年	月	日	
		マイナンバー																		
	増・減			男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			円	同・別	年	月	日		年	月	日	
		マイナンバー																		

令和 年 月 日 提出 (ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません)

BIPROGY健康保険組合理事長 殿

1. マイナンバーは被扶養者が増員の際に必要です。減員の際は記入しないでください。

注 2. ※印欄は記入しないでください。

意 3. 被扶養者が減員になる際は対象者のカード型保険証を必ず添付してください。

事 4. 被扶養者が減員になる際で今後国保加入ご希望の方は「証明書発行願」の提出が必要です

項 5. この届出は異動が生じた日から5日以内に提出してください。

6. 提出先は事業所（会社の健康保険担当窓口）です。

事業所 所在地 名称 氏名	
	印

受付日付印