

健康保険被扶養者異動届

被 保 険 者 欄	被 保 険 者 証					生年月日	昭和・平成	年	月	日
	記号	91	番 号			現 住 所	〒 ー			
		92								
	フリガナ									
氏 名						電話番号 (日中の連絡先)	ー	ー		

被 扶 養 者 ①	フリガナ				続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏 名											
			個人番号									
	増	異 動 理 由	出生・結婚・退職・収入減・給付金受給終了・収入逆転・社保適用外・その他()									
	異 動 日	令和 年 月 日	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 → (〒 ー)								
減	異 動 理 由	就職・死亡・離婚・収入増(社保加入・国保加入)・給付金受給開始・収入逆転・その他()										
	異 動 日	令和 年 月 日	喪失証明	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	認定・削除日	令和 年 月 日						

被 扶 養 者 ②	フリガナ				続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏 名											
			個人番号									
	増	異 動 理 由	出生・結婚・退職・収入減・給付金受給終了・収入逆転・社保適用外・その他()									
	異 動 日	令和 年 月 日	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 → (〒 ー)								
減	異 動 理 由	就職・死亡・離婚・収入増(社保加入・国保加入)・給付金受給開始・収入逆転・その他()										
	異 動 日	令和 年 月 日	喪失証明	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	認定・削除日	令和 年 月 日						

※ 異動内容が扶養の増加の場合、扶養申請に係る確認書類を添付の上、申請します。

※ 異動内容が扶養の削除の場合、パナソニック健康保険組合の保険証を添付(返却)の上、申請します。

令和 年 月 日提出

扶養(減)の届出の場合
ここに保険証を貼付してください

(セロハンテープ等で貼付ください)

健保承認印

健保受付印