

任継・特退用

E

記入例

担当

# 健康保険被扶養者異動届

任継:91  
特退:92

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号							生年月日		昭和・平成		5	8	1	0	1
	記号	91	番号	1	2	3	4	5	6	7	現住所		〒 501-1234			
	フリガナ	ケン ポ タ ロウ							大阪市△△△△1-2-3							
	氏名	健 保 太 郎							連絡先		06 - 9999 - 9999					

被 扶 養 者 ①	フリガナ	ケン ポ	ハナ コ	続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	0	0	7	3	1
	氏名	健 保 花 子		妻	個人番号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1								

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・ <b>社保適用外</b> ・その他( )												
	異動日	令和 5 年 5 月 1 日	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 → { 〔〒 - 〕 }										
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		<div style="border: 1px dashed green; padding: 2px; text-align: center;"> <b>健保記入欄</b>            記入しないでください         </div>							

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 → { 〔〒 - 〕 }										
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		<div style="border: 1px dashed green; padding: 2px; text-align: center;"> <b>健保記入欄</b>            記入しないでください         </div>							

※ 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。

〇〇年 〇月 〇〇日提出

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

任継・特退用

記入例

E

担当

扶養を減らすとき

# 健康保険被扶養者異動届

任継:91  
特退:92

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号							生年月日		昭和・平成		5	8	1	0	1
	記号	91	番号	1	2	3	4	5	6	7	現住所		〒 501 - 1234		都 道 府 県	
	フリガナ	ケンポ タロウ							大阪市△△△△1-2-3							
	氏名	健保太郎							連絡先		06 - 9999 - 9999					

被 扶 養 者 ①	フリガナ	ケンポ	ハナコ	続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	氏名	健保	花子	妻	個人番号	6 0 0 7 3 1						
	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 checked="" type="checkbox"/> 別居 → (〒 - )								
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 5 年 5 月 1 日	喪失証明	口要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要	認定・削除日		健保記入欄 記入しないでください					

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 checked="" type="checkbox"/> 別居 → (〒 - )							
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	口要 <input type="checkbox"/> 不要	認定・削除日		健保記入欄 記入しないでください				

※ 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 5 年 5 月 1 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