

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				大阪府							
	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

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()												
---	------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

増	異動日	令和 5 年 5 月 1 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()												
---	------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

減	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									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()												
---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

増	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()												
---	------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

減	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									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。

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
	フリガナ	ケンポ タロウ							大阪府				大阪市△△△△1-2-3				府	県		
	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

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