



タムラ製作所健康保険組合
健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長			係員

被保険者欄	被保険者証	記号	番号	所属部署名		標準報酬月額	千円	年収	円				
	氏名	(カナ) 氏名	取得年月日	平成	年	月	日	昭和	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒 都道府県											
	配偶者の有無	有	無	被扶養者ではない配偶者がいる場合、その配偶者の年間収入を右記にご記入ください。					配偶者の年間収入	円			

配偶者を被扶養者に追加する場合は「該当」に、被扶養者からのぞく場合は「非該当」に○をつけてご記入ください。

配偶者である被扶養者欄	氏名	(カナ) 氏名	届出年月日	令和	年	月	日	生年月日	昭和	年	月	日	続柄	1. 夫 3. 未届の夫 2. 妻 4. 未届の妻
	住所	〒		同居		別居		個人番号						
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当	理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他	職業	1. 無職 2. パート・アルバイト 3. 学生 4. その他()	年収	円	(年金等も含む)	
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当	理由	1. 就職(令和 年 月 日) 2. 死亡(令和 年 月 日) 3. 離婚 4. 収入増加 5. その他	給付金等の受給状況	1. 雇用保険の失業等給付 2. 健康保険の出産手当金 3. 健康保険の傷病手当金 4. その他	5. 給付金等の受給なし			
備考														

配偶者以外の方を被扶養者に追加する場合は「該当」に、被扶養者からのぞく場合は「非該当」に○をつけてご記入ください。

その他の被扶養者欄1	氏名	(カナ) 氏名	生年月日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	性別	男 続柄 女	1. 子(長男・二男・三男・長女・二女・三女・()) 2. 1以外の子 5. 弟妹 8. 曾祖父母 3. 父母 6. 兄姉 9. 孫 4. 義父母 7. 祖父母 10. その他	
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当	理由	1. 出生 2. 婚姻 3. 同居 4. 養子縁組 5. 被保険者の就職 6. 収入減少 7. その他	個人番号						
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当	理由	1. 就職(令和 年 月 日) 2. 死亡(令和 年 月 日) 3. 離婚 4. 収入増加 5. 75歳到達 6. その他	職業	1. 無職 2. パート・アルバイト 3. 小・中学生以下 / 乳幼児 4. 高・専・大学生(年生) 5. その他	居所	同居 別居	年収	円	(年金等も含む)
	備考														

その他の被扶養者欄2	氏名	(カナ) 氏名	生年月日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	性別	男 続柄 女	1. 子(長男・二男・三男・長女・二女・三女・()) 2. 1以外の子 5. 弟妹 8. 曾祖父母 3. 父母 6. 兄姉 9. 孫 4. 義父母 7. 祖父母 10. その他	
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当	理由	1. 出生 2. 婚姻 3. 同居 4. 養子縁組 5. 被保険者の就職 6. 収入減少 7. その他	個人番号						
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当	理由	1. 就職(令和 年 月 日) 2. 死亡(令和 年 月 日) 3. 離婚 4. 収入増加 5. 75歳到達 6. その他	職業	1. 無職 2. パート・アルバイト 3. 小・中学生以下 / 乳幼児 4. 高・専・大学生(年生) 5. その他	居所	同居 別居	年収	円	(年金等も含む)
	備考														

その他の被扶養者欄3	氏名	(カナ) 氏名	生年月日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	性別	男 続柄 女	1. 子(長男・二男・三男・長女・二女・三女・()) 2. 1以外の子 5. 弟妹 8. 曾祖父母 3. 父母 6. 兄姉 9. 孫 4. 義父母 7. 祖父母 10. その他	
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当	理由	1. 出生 2. 婚姻 3. 同居 4. 養子縁組 5. 被保険者の就職 6. 収入減少 7. その他	個人番号						
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当	理由	1. 就職(令和 年 月 日) 2. 死亡(令和 年 月 日) 3. 離婚 4. 収入増加 5. 75歳到達 6. その他	職業	1. 無職 2. パート・アルバイト 3. 小・中学生以下 / 乳幼児 4. 高・専・大学生(年生) 5. その他	居所	同居 別居	年収	円	(年金等も含む)
	備考														

事業主確認欄	事業主が確認したことを 右記それぞれに☑して ください。	<input type="checkbox"/> 上記届出は申請者本人(被保険者)が作成したもので相違ないことを確認しました。 <input type="checkbox"/> 所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。 <input type="checkbox"/> 個人番号に誤りがないことを確認しました。	事業主受付日	令和	年	月	日	担当印
--------	------------------------------------	--	--------	----	---	---	---	-----

事業所	〒
所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

タムラ製作所健康保険組合 理事長 殿
(02.12)

