



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	被保険者等	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	令和 年 月 日	昭和 年 月 日	令和 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	平成 年 月 日	令和 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 5. その他 2. 婚姻 6. 収入減少 3. 離婚 7. 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	(年金等も含む) 円	
	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 5. その他 4. 収入増加 6. 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	円	
備考									資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

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	令和 年 月 日	性別	男 女	続柄	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 5. 被保険者の就職 2. 婚姻 6. 収入減少 3. 同居 7. その他 4. 養子縁組	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 5. 75歳到達 4. 収入増加 6. その他	職業	1. 無職 5. その他 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)	居所	同居 別居	年収 (年金等も含む) 円
	備考									資格確認書発行要否

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	令和 年 月 日	性別	男 女	続柄	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 5. 被保険者の就職 2. 婚姻 6. 収入減少 3. 同居 7. その他 4. 養子縁組	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 5. 75歳到達 4. 収入増加 6. その他	職業	1. 無職 5. その他 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)	居所	同居 別居	年収 (年金等も含む) 円
	備考									資格確認書発行要否

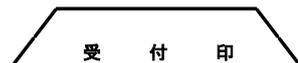
その他の被扶養者欄3	氏名	(カナ) 氏 名	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	性別	男 女	続柄	1. 子(長男・二男・三男・長女・二女・三女・()) 2. 1以外の子 5. 弟妹 8. 曾祖父母 3. 父母 6. 兄姉 9. 孫 4. 義父母 7. 祖父母 10. その他
	被扶養者になった日	令和 年 月 日	該当	理由	1. 出生 5. 被保険者の就職 2. 婚姻 6. 収入減少 3. 同居 7. その他 4. 養子縁組	個人番号				
	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	非該当	理由	1. 就職 (令和 年 月 日) 2. 死亡 (令和 年 月 日) 3. 離婚 5. 75歳到達 4. 収入増加 6. その他	職業	1. 無職 5. その他 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)	居所	同居 別居	年収 (年金等も含む) 円
	備考									資格確認書発行要否

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
--------	----------

事業所 所在地	〒
事業所 名称	
事業主 氏名	
事業主 電話番号	

タムラ製作所健康保険組合 理事長 殿
(06.12)



受 付 印