正

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 □令和 年 月 日	生年月日	□昭和 □平成 □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 □平成 □令和 年 月 日	続柄	1. 夫 2. 妻 3. 未届の夫 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	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	(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	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						資格確認書発行要否	□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 平成 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 3. 父母 4. 義父母 5. 弟妹 6. 兄姉 7. 祖父母 8. 曾祖父母 9. 孫 10. その他
被扶養者になった日	令和 年 月 日 該当	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	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	(年金等も含む) 円	備考		資格確認書発行要否	□発行が必要		

その他の被扶養者欄2

氏名	(カナ) 氏 / 名	生年月日	昭和 平成 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 3. 父母 4. 義父母 5. 弟妹 6. 兄姉 7. 祖父母 8. 曾祖父母 9. 孫 10. その他
被扶養者になった日	令和 年 月 日 該当	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	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	(年金等も含む) 円	備考		資格確認書発行要否	□発行が必要		

その他の被扶養者欄3

氏名	(カナ) 氏 / 名	生年月日	昭和 平成 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 3. 父母 4. 義父母 5. 弟妹 6. 兄姉 7. 祖父母 8. 曾祖父母 9. 孫 10. その他
被扶養者になった日	令和 年 月 日 該当	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	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	(年金等も含む) 円	備考		資格確認書発行要否	□発行が必要		

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。	□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。 □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。 □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	
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