



タムラ製作所健康保険組合
健康保険被扶養者(異動)届

【氏名訂正】

余白に赤字で【氏名訂正】とご記入ください。

常務理事	事務長	係員
------	-----	----

被保険者欄	被保険者証 記号 67	番号 1234	所属部署名 坂戸事業所	標準報酬月額 300	千円	年収 420万	円
	氏名 (カナ) 健保 太郎	取得年 平成 28 1 2 0 1	生年月日 昭和 6 1 1 0 2 4	性別 男	性 別	年 収	円
	住所 〒 178 - 1234 東京	【例:陽子→洋子に訂正する場合】 誤った字(陽子)を赤字で、正しい字(洋子)を黒字でご記入ください。 234号					
	配偶者の有無 有 無	被扶養者ではない配偶者					

配偶者である被扶養者欄	氏名 (カナ) 健保 陽子 洋子	出生年月日 令和 03 03 15	生年月日 昭和 6 3 03 06	続柄 2. 妻	1. 夫 3. 未届の夫 4. 未届の妻	
	住所 同上	同居 同居	個人番号	記号: 番号を記入させた方は個人番号の記入は不		
	被扶養者になった日 平成 28 1 2 0 1	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 4. 収入減少	職業	1. 無職 2. パート・アルバイト 3. 学生 4. その他	年収	円
	被扶養者でなくなった日	非該当理由	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		

その他の被扶養者欄1	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	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. 兄弟 9. 孫 4. 義父母 7. 祖父母 10. その他	
	被扶養者になった日	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	非該当理由	1. 就職(平成 年 月 日) 2. 死亡(平成 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 円
	備考	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要				

その他の被扶養者欄2	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	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. 兄弟 9. 孫 4. 義父母 7. 祖父母 10. その他	
	被扶養者になった日	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	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 円
	備考	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要				

その他の被扶養者欄3	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	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. 兄弟 9. 孫 4. 義父母 7. 祖父母 10. その他	
	被扶養者になった日	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	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 円
	備考	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 上記届出は申請者本人(被保険者)が作成したものと相違ないことを確認しました。 <input checked="" 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 checked="" 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 03 05 26
--------	-------------

事業所 〒 178 - 8511
所在地 東京都練馬区東大泉1-19-43
事業所 株式会社タムラ〇〇〇
事業主 代表取締役 △△△×××
氏名
電話番号 03 - ×××× - 〇〇〇〇

タムラ製作所健康保険組合 理事長 殿
(06.12)

