

正

健康保険被扶養者（異動）届

決		裁	
常務理事	事務長		担当者

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	被保険者証の記号—番号	—	氏名		生年 月日	年 月 日	性別	男・女					
	住所	〒				資格取得 年月日	年 月 日						
被 扶 養 者	氏名	性別	生年月日	個人番号			続柄	職業	年収 見込	年金 受給	開始 終了	扶養の開始 または終了日	理由
	(フリガナ)		男・ 女	年 月 日						有・ 無	始・ 終	年 月 日	
	被保険者との 住居区分	同居・別居	住民票住所						(終了の場合のみ) 資格喪失の証明書				
			当該届出書の提出年1月1日の住所						<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
被 扶 養 者	氏名	性別	生年月日	個人番号			続柄	職業	年収 見込	年金 受給	開始 終了	扶養の開始 または終了日	理由
	(フリガナ)		男・ 女	年 月 日						有・ 無	始・ 終	年 月 日	
	被保険者との 住居区分	同居・別居	住民票住所						(終了の場合のみ) 資格喪失の証明書				
			当該届出書の提出年1月1日の住所						<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				

ナイスグループ健康保険組合理事長

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話	(局) 番

単身赴任扶養確認