

～添付するもの～  
 ○ 健康保険証(該当者のみ)  
 ○ 就職の場合は就職された先の保険証のコピー

健康保険証に記載してあります

副

提出期日 5日以内

健康保険被扶養者 ~~認定~~ 通知書  
 削除

長男・二男  
長女・二女 と記入

事業所で記入

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名	印	生年月日	性別	資格取得年月日	標準報酬月額
100	2000	健保太郎	健保	昭平 380901	男	610401	千円
郵便番号	被保険者の住所	電話番号		この届出を出す際の総合所得月額		円	
00000000	〇〇市〇〇区〇〇丁目〇-〇-〇	(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇〇〇			

異動区分	フリガナ	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	職業	被扶養者になった理由又は除かれた理由	被扶養者の住所 (被保険者と別居のみ記入)
						※ 被扶養者認定年月日	※ 被扶養者削除年月日	月平均収入額		
増・減	ケンポ	イチロウ	昭平	男	長男	平成 年 月 日	平成 230401	会社員	就職のため	
	健保	一郎	630601	男	※	平成 年 月 日	平成 年 月 日	200,000 円		
増・減	ケンポ	ハナコ	昭平	男	妻	平成 年 月 日	平成 230401	パート	収入超過のため	
	健保	花子	430701	男	※	平成 年 月 日	平成 年 月 日	150,000 円		
増・減	ケンポ	マツエ	昭平	男	母	平成 年 月 日	平成 230401	年金収入	収入超過のため	
	健保	まつゑ	150201	男	※	平成 年 月 日	平成 年 月 日	155,000 円		
増・減			昭平	男	※	平成 年 月 日	平成 年 月 日			

記入しないでください

◎ 被保険者の印は、被保険者自身が署名した場合に限り、押印は不要とすることができます。  
 ◎ 「※」印欄は記入しないでください。  
 ◎ 届出する時は保険証を添付してください。

受付日付印

「附記」

- この通知書は完結の日から2年間保存しなければなりません。(健規則第34条)
- この通知書が被保険者の届け出た事項と相違するときは速やかにそのことを被保険者に通知してください。
- 該当する人のみ記入してください。
- 裏面をお読みください。

上記のとおり ~~認定~~ されましたから通知します。  
 削除

平成 年 月 日