被扶養者（変更）届

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

被保険者	記号	被保険者等番号
	所　属	
	氏　名	

令和　　年　　月　　日

【配偶者の年間収入に関する事項】(被保険者と配偶者のどちらの被扶養者に認定するのが適正なのかを確認するため。)

被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。———配偶者の収入(年収)　　円

1	被扶養者氏名			性別	続柄	生年月日		
	カナ					昭・平・令　年　月　日		
	漢字							
	住民票住所	〒				個人番号(12桁)		
	取得喪失の別	職業	平均収入年額	健保扶養	家族手当	所得税扶養	同居区分	障害者区分
	取得・喪失		円	有・無	有・無	有・無	同・別	有・無
	①扶養する②扶養しなくなった に至った理由		事由発生年月日		資格確認書発行要否		認定年月日(健保使用欄)	
					□ 発行が必要		年　月　日	

2	被扶養者氏名			性別	続柄	生年月日		
	カナ					昭・平・令　年　月　日		
	漢字							
	住民票住所	〒				個人番号(12桁)		
	取得喪失の別	職業	平均収入年額	健保扶養	家族手当	所得税扶養	同居区分	障害者区分
	取得・喪失		円	有・無	有・無	有・無	同・別	有・無
	①扶養する②扶養しなくなった に至った理由		事由発生年月日		資格確認書発行要否		認定年月日(健保使用欄)	
					□ 発行が必要		年　月　日	

3	被扶養者氏名			性別	続柄	生年月日		
	カナ					昭・平・令　年　月　日		
	漢字							
	住民票住所	〒				個人番号(12桁)		
	取得喪失の別	職業	平均収入年額	健保扶養	家族手当	所得税扶養	同居区分	障害者区分
	取得・喪失		円	有・無	有・無	有・無	同・別	有・無
	①扶養する②扶養しなくなった に至った理由		事由発生年月日		資格確認書発行要否		認定年月日(健保使用欄)	
					□ 発行が必要		年　月　日	

	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	

受付印

レゾナック健康保険組合