

## 健康保険被扶養者異動届

**(注意点)**

この届は必ず事業主経由で提出してください。健保に直接提出することはできません。(任継を除く)  
 太枠内は、必ず記入してください。記入もれがあると、受付できません。  
 続柄は妻、長男、養子等、被保険者から見た続柄を詳しく書いて下さい。  
 職業は文字にこだわらず高校〇年、大学〇年、パート、年金受給者、自営業など実態がわかるように書いて下さい。  
 収入月額は、手取り金額ではなく、交通費等を含めた総支給額を書いて下さい。

常務理事	事務長	検 算	係

※ マイナンバー記入欄です。事業主で記入します (任継を除く)

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	記入日	
--	-----	--

被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者氏名				(フリガナ)	性 別	標準報酬月額			
被保険者 現住所 (居所)	〒					所 属					千円	
						日中連絡先						電話番号
被扶養者の氏名		性 別	生年月日	続 柄	職 業	収入月額	同居 別居	異動年月日	異動理由		※健保記入欄 (異動年月日 と同じ場合は、記入省略)	
						円					認	
						円					削	
						円					認	
						円					削	
						円					認	
						円					削	
別居の被扶養者の 現住所 (居所)												

アクサ生命健康保険組合

事業所 名称			
事業所 所在地 (郵便番号)			
事業主の氏名			
電 話	( 局 )	番	

被扶養者確認