健 康 保 険 被 扶 養 者 異 動 届

常務理事	事務長	検　算	係

（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。

※ 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	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	性　別		標準報酬月額
					生年月日		

被保険者現住所（居所）	〒	所属		
		日中連絡先	電話番号	
			メールアドレス	@axa. co. jp

千円

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） 認定・削除年月日
増 減	（ﾌﾘｶﾞﾅ）					円		※番号欄：被扶養者**記入不要**		認 削
増 減	（ﾌﾘｶﾞﾅ）					円		※番号欄：被扶養者**記入不要**		認 削
増 減	（ﾌﾘｶﾞﾅ）					円		※番号欄：被扶養者**記入不要**		認 削
増 減	（ﾌﾘｶﾞﾅ）					円		※番号欄：被扶養者**記入不要**		認 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	
	所在地（郵便番号）	
事業主の氏名		
電　話	（　　局）	番

被扶養者確認