

※ 個人番号欄は記入しないでください。

健康保険被扶養者(異動)届

											常務理事	事務長	担当者						
被保険者等 記号・番号		10								届出日		令和 年 月 日							
被 保 険 者	氏 名								生 年 月 日		昭和 平成 年 月 日								
	資格を取 得した日		昭和 平成 年 月 日		住民票 住 所		〒												
被 扶 養 者 に つ い て 記 入 し て 下 さ い	増加 減少 の別	フリガナ		性 別	続 柄	職 業	世帯別	扶養開始または 終了の年 月 日	扶養開始また は終了の理由	月 平 均 収入見込額	資 格 確 認 書 発 行	認定または 削除年月日	備考						
		氏 名												個人番号(12 桁)		住民票住所 (被保険者と異なる場合のみ記入)			
	増・減	生 年 月 日		男・女				同居・別居	年 月 日				要・不要	年 月 日					
		昭・平・令 年 月 日							〒										
	増・減	生 年 月 日		男・女				同居・別居	年 月 日				要・不要	年 月 日					
		昭・平・令 年 月 日							〒										
	増・減	生 年 月 日		男・女				同居・別居	年 月 日				要・不要	年 月 日					
		昭・平・令 年 月 日							〒										
	増・減	生 年 月 日		男・女				同居・別居	年 月 日				要・不要	年 月 日					
		昭・平・令 年 月 日							〒										
	増・減	生 年 月 日		男・女				同居・別居	年 月 日				要・不要	年 月 日					
		昭・平・令 年 月 日							〒										
増・減	生 年 月 日		男・女				同居・別居	年 月 日				要・不要	年 月 日						
	昭・平・令 年 月 日							〒											

事業所名称 事業主氏名	令和 年 月 日		埼玉県さいたま市桜区栄和 3-3-27		株式会社 オリジン		代表取締役社長 稲 葉 英 樹		被保険者の配偶者が被扶 養者ではないとき（例： 夫婦共働きの場合）は記 入してください。		配偶者の年収見込額		異 動	増 減	人 人
									円						

【 事業主記載欄 】
事業主が確認の上チェックをしてください。
☐ 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか
被保険者本人が確認しています。

オリジン健康保険組合（‘24.12 改）