

健康保険 被扶養者異動届 兼 認定申請理由書

《就職》

被 保 険 者						所 属 事 業 所				常務理事	事務長	審 査	担 当 者
記 号		番 号											
2	8	3	3	3	3	3	〇〇支社						
受 理 令 和 年 月 日													
被 保 険 者	氏 名	健保 由美					印	住 民 票 住 所	〒 730 - 0855 広島市中区小網町6番12号				
	昭和 平成	45 年 6 月 6 日 生						電 話 番 号	( 082 ) 291 - 7433				

被保険者届出日 令和 6 年 12 月 1 日

被 扶 養 者 氏 名	続柄		届出事項	届 出 理 由	同居 別居							
	性別											
被 扶 養 者 フリガナ ケンポ マサオ 健保 正夫	夫	男	認定	理由番号 1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ( )	同居 別居							
			削除	理由番号 1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ( )								
	生 年 月 日		異動年月日		住 民 票 住 所  〒 730 - 0855 広島市中区小網町6番12号							
	年号	年	月	日	年	月	日					
3	4	4	0	4	0	4						
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
被 扶 養 者 フリガナ			認定	理由番号 1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ( )	同居 別居							
			削除	理由番号 1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ( )								
	生 年 月 日		異動年月日		住 民 票 住 所  〒 -							
	年号	年	月	日	年	月	日					
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
被 扶 養 者 フリガナ			認定	理由番号 1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ( )	同居 別居							
			削除	理由番号 1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ( )								
	生 年 月 日		異動年月日		住 民 票 住 所  〒 -							
	年号	年	月	日	年	月	日					
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	

注意事項 税法上扶養有の家族を健康保険組合の被扶養者とする場合は、「マイナンバー届出書」を速やかに事業主に提出してください。

【添付書類】

《資格取得日(就職日)の確認できる書類》

・資格確認書(写)・資格情報のお知らせもしくは被保険者証(写)

□ 扶養削除証明書を希望する場合は、☑を記入してください。

中電工健康保険組合理事長 殿

住 所  
事業主の  
氏 名

印

※ 健保用・支社用・(営業所用)を提出のこと

# 《雇用保険受給開始》

## 健康保険 被扶養者異動届 兼 認定申請理由書

被 保 険 者						所 属 事 業 所	
記 号		番 号					
2	8	3	3	3	3	3	〇〇支社

常務理事	事務長	審 査	担 当 者
受 理 令 和 年 月 日			

被 保 険 者	氏 名	健保 由美 印		住 民 票 住 所	〒 730 - 0855 広島市中区小網町6番12号	
	昭和 平成	45 年 6 月 6 日 生		電 話 番 号	( 082 ) 291 - 7433	

被保険者届出日 令和 6 年 12 月 1 日

被 扶 養 者 氏 名	続柄		届出事項	届 出 理 由	同居 別居															
	性別																			
被 扶 養 者 フリガナ ケンポ マサオ 健保 正夫	夫	認定	理由番号 1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ( )	理由番号 1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ( )	同居 別居															
		男				削除														
	生 年 月 日		異動年月日		住 民 票 住 所  〒 730 - 0855 広島市中区小網町6番12号															
	年号	年	月	日	年	月	日													
3	4	4	0	4	0	4														
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
被 扶 養 者 フリガナ		認定	理由番号 1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ( )	理由番号 1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ( )	同居 別居															
		削除																		
	生 年 月 日		異動年月日		住 民 票 住 所  〒 -															
	年号	年	月	日	年	月	日													
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
被 扶 養 者 フリガナ		認定	理由番号 1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ( )	理由番号 1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ( )	同居 別居															
		削除																		
	生 年 月 日		異動年月日		住 民 票 住 所  〒 -															
	年号	年	月	日	年	月	日													
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

**注意事項** 税法上扶養有の家族を健康保険組合の被扶養者とする場合は、「マイナンバー届出書」を速やかに事業主に提出してください。

### 【添付書類】

《雇用保険受給開始日・受給金額の確認できる書類》  
・雇用保険受給資格者証(写)

## 削除証明書を希望される方

扶養削除証明書を希望する場合は、を記入してください。

中電工健康保険組合理事長 殿

住 所  
事業主の  
氏 名  
印

※ 健保用・支社用・(営業所用)を提出のこと