	<u> </u> 	特別	退坝	_	. —				
	被扭	養者異	動(増	-	)届		記入年	F月日	
※記号・番号の確認方法や書き方は、記入	、見本を参照してく	ださい					令和 年	月	日
健康保険の資格情報	被保险	食 者 氏 名			生年月	日	電話	番号	
記号 番号 2222 10				和成	年	月 日	-	-	
住所 〒	=		<del>!</del>						
医療助成の有・無と、有の場合その助成内容 ※医療助成とは、病院等にかかったとき市区町村の助成によって									
有 無 ひとり親 障がい者 その他 ( )									
(1) <b>増員届</b> ◎必要書類を添付してください									
被扶養者氏名(フリガナ)		年月日	性別	続柄	同∙別	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		理 欄認定印	न्द्र∉श्रद⊓
	昭和 平成	年 月	日男		同居	令	<u>+                                    </u>	心化日	<u> </u>
	令和				別居	和 年	月日		
職業年収収入内訳 医療助成の有・無と、有の場合その助成内容									
給与 万 (有) 無 ひとり親 乳幼児・子供 障がい者 その他 万 千 (表彰中 ) 助成を受けている市区町村名 (アルマン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン									
被扶養者氏名(フリガナ)		年月日	性別	続柄	同・別		保組合処	理 欄	,
	昭和	<del></del> 年  月	日(男)	4,50 11 3	同居	認定		認定印:	承認印
	平成	(  歳	(女)		別居	和年	月日		
職業年収収	入内訳		医療即	が成のす	す・無と、有	の場合その	助成内容		
給与 年金	万 万	有(無)	ひとり親	乳幼	児·子供	障がい者	その他		)
万その他	万	手続中	助成を受	けている	市区町村名				
注1) 住民票の「マイナンバー」は、必ず 注2) 認定年月日は、書類の受付日から	「表示めり」で取り 51か月以内の場合	付けしください 合に限り、扶養理	由書に記入の	事由発生	生日と同日と	:します。1か月る	を超えた場合は書	類受付日	となります
(2)	ている方の					ください			
被扶養者氏名	生 生 4 (昭和)	年月日	性別	続	柄		健保組合 除外年		
	平成	年 月	田				令		
	令和 苯	<i>t</i> . I	(女)	+>	- t-		和  年	月	且
	<u>扶 養</u> 由(Oをつける	<u>をし</u> )	なく	な	<u>った</u> 除外日	(または後期	高齢者医療該	3当日)	
就職 死亡 その他 ( ) 令和 年							 月	日	
後期高齢者該当 ⇒後期高齢者該当の場合は、下記に被扶養者の住民票登録住所を必ずご記入ください									
T		10 10.13.13C H - 0.		7	- 10, , , , ,	· ·			
被扶養者氏名	生生	年月日	性別	続	柄		健 保 組 合	処 理 欄	
	昭和		_ (男)				除 外 年 令	月日	$\exists$
	(平成) (令和)	年 月	日女				和年	月	日
	扶養	をし	なく	な	った				
	由(Oをつける	)	-				高齢者医療該		_
就職死亡	その他		]		令和 ———	年 ———	月 	日	_
後期高齢者該当 ⇒後期高齢者該当の場合は、下記に被扶養者の住民票登録住所を必ずご記入ください —									
〒									
注2) 後期高齢者医療制度に加入された	と場合は、後期高	齢者医療制度の	こている場合 資格情報のお	は、健康 知らせ通	保険資格確 紅等の写し	認書等発行申記 を添付してくださ	۲ر،		
注3) 死亡による除外の場合は、家族埋	葬料請求書を添作	付してください					資格情報のお		
							せ等送付年月		力年月日