

提出日：平成 年 月 日

常務理事 担当者

あなたの被保険者証に記載されている記号・番号

健康保険被扶養者届

被保険者証		記号 / 番号		資格取得日		昭和・平成 年 月 日		
被 保 険 者	氏名			印	(事業所の所在地・名称 代表者氏名印)			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			あなたの被保険者証に記載されています			
	住所	〒 -						
	電話番号 1	(社内 PHS やご自身の携帯電話など、日中必ず連絡が取れる番号をご記入ください)						
電話番号 2	(ご自宅などのお電話番号)							
被 扶 養 者	増・減	氏名(フリガナもお忘れなく)	生年月日	性別	続柄	居住	該当するに至った日	該当事由についてあてはまるものを選んでください
		セイ	昭和・平成・()			同居	平成	結婚・離婚・出生・就職・退職・死亡・その他
		姓	年 月 日			別居	年 月 日	「その他」や上記以外の場合にはご記入ください。
	増・減	氏名(フリガナもお忘れなく)	生年月日	性別	続柄	居住	該当するに至った日	該当事由についてあてはまるものを選んでください
		セイ	昭和・平成・()	男・女		同居	平成	パートやアルバイトをしている、年金を受給しているなどの場合には「その他」に をして、空欄
		姓	年 月 日			別居	年 月 日	にその旨ご記入ください。 死亡・その他 入ください。
	増・減	氏名(フリガナもお忘れなく)	生年月日	性別	続柄	居住	該当するに至った日	該当事由についてあてはまるものを選んでください
		セイ	昭和・平成・()	男・女		同居	平成	結婚・離婚・出生・就職・退職・死亡・その他
		姓	年 月 日			別居	年 月 日	「その他」や上記以外の場合にはご記入ください。
備考欄						受 付 印		
神戸市東灘区向洋町中1丁目17番 P & Gグループ健康保険組合								

手続きをスピーディーにするために直接お電話をする場合に利用させていただきます。ですから必ずご記入ください！！

扶養家族にしたい 増に
扶養家族から外したい 減に

例えば「母」ではなく、「実母」。「子」ではなく、「長男」「次男」など明確にしてください。

パートやアルバイトをしている、年金を受給しているなどの場合には「その他」に をして、空欄にその旨ご記入ください。