

<注 意>

- 1. 変更者だけ記載してください。
- 2. 扶養からはずす場合、その被扶養者の保険証も添付(返却)してください。

# 健康保険被扶養者届 ( 新規・増・減 )

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者(申請者本人)												
事業所番号			事業所名				所 属			現 住 所		
							内線Tel( ) 千			TEL		
			部 課 係									
健康保険証 記 号			従業員番号 (ゴム印使用)		フリガナ 氏 名		生 年 月 日		性別	資格取得年月日		転入の場合前事業所
							昭 平		男 女	昭 平		

被扶養者(家族・認定対象者)

区 分	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	住居	収入	申請理由(増)	申請理由(減)と年月日	(※健保記入欄) 認定喪失年月日
新・増・減		昭 平	男		同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他( )	死亡・就職・離婚・国保 その他( )	平成
		昭 平	女					該当日 年 月 日	
新・増・減		昭 平	男		同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他( )	死亡・就職・離婚・国保 その他( )	平成
		昭 平	女					該当日 年 月 日	
新・増・減		昭 平	男		同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他( )	死亡・就職・離婚・国保 その他( )	平成
		昭 平	女					該当日 年 月 日	
新・増・減		昭 平	男		同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他( )	死亡・就職・離婚・国保 その他( )	平成
		昭 平	女					該当日 年 月 日	

扶養者を申請(減以外)する場合、下記記入

上記の者は主として私の受ける報酬(給与)により生活しており、記載事項は事実と相違ありません。  
尚、健康保険法規定の範囲を超えた場合(就職、年収60歳未満130万円・60歳以上180万円以上等)  
は、ただちに健康保険の扶養から外すことをここに誓約致します。

平成 年 月 日

富士重工業健康保険組合 理事長殿 氏 名 印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	( )	局 番