

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当	担当

北越コーポレーション健康保険組合 御中

* 削除の場合、対象者の被保険者証を添付してください

異動の別		被保険者					被保険者氏名			備考										
追加	削除	記号	番号				北越 太郎 (40歳) (印)			続柄コード 父11 長男31 長女41 夫21 母12 二男32 二女42 義父71 妻22 三男33 三女43 義母72										
追加年月日 年 月 日	削除年月日 年 月 日	1	0	1	1	1						1								
●●●●●●		1	0	1	1	1	1													
被扶養者氏名(フリガナ)		生年月日		性別	続柄コード	職業年収	個人番号			被扶養者になった理由 又は除かれた理由	年齢	同居	回収年月日 事業所担当が記入							
ホクエツ	ハナコ	昭和	年	月	日	妻	無職				被保険者資格 取得に伴う扶 養認定	40	同 ・ 別	()						
北越	花子	平成	●	●	●	●	●							●	2	2	0円	()		
		昭和																	同 ・ 別	()
		平成																	同 ・ 別	()
		昭和																	同 ・ 別	()
		平成											同 ・ 別	()						
		昭和											同 ・ 別	()						
		平成											同 ・ 別	()						

提出 令和 ●●年 ●●月 ●●日

北越コーポレーション(株)使用欄	(新潟) 長岡 市川 勝田 紀州 大阪 本社
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

確認

受付日付印