

# 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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>			続柄コード				
追加年月日	削除年月日	1	0	1	1	1					1			
年 月 日	年 月 日	1	0	1	1	1	1			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				
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	ナリコ	昭和	年 月 日	男・女	長女	会社員				就職	24	同 ・ 別	( )	
北越	紀子	平成	年 月 日	男・女	4	1							200万円	( )
		昭和	年 月 日	男・女										( )
		平成	年 月 日	男・女										( )
		令和	年 月 日	男・女										( )
		昭和	年 月 日	男・女								( )		
		平成	年 月 日	男・女								( )		
		令和	年 月 日	男・女								( )		

提出 令和 ●●年 ●●月 ●●日

北越コーポレーション(株)使用欄	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">新潟</span> 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	

受付日付印

確認