

# 健康保険被扶養者異動届

提出先 被保険者 事業所所管総務 健保組合

沖電気工業健康保険組合 御中

平成 年 月 日 提出

被保険者証	
記号	
番号	

(事業所名)	(フリガナ) 被保険者氏名
(所属)	( ) 印
内線 8 -	
(被保険者住所) 〒	

常務理事	事務長	事務局

太枠内を記入して下さい

続柄	(フリガナ) 被扶養者氏名	戸籍上の生年月日 (和暦)	性別	同居の有無	住所 (被保険者と別居の場合のみ記入)	扶養し始めた日 又は扶養しなくなった日	控除扶養	異動理由		健保記入欄
								職業	収入月額	
	( )	昭和 / 平成	男	同居	〒	平成 年	有			
		.	女	別居		月 日	無		円	
	( )	昭和 / 平成	男	同居	〒	平成 年	有			
		.	女	別居		月 日	無		円	
	( )	昭和 / 平成	男	同居	〒	平成 年	有			
		.	女	別居		月 日	無		円	

(注意事項)

1. この届は被扶養者を有するものが初めて被保険者になったとき又は被扶養者に増減が生じたとき、その日から5日以内に必要書類を添えて、事業所経由で健保組合に提出するものです。5日以内に提出できない場合の取扱いは、OKI健保ホームページの「被扶養者として認定される日」を参照して下さい。
2. 扶養から除く場合は、その方の『健康保険被保険者証』を添えて提出して下さい。その場合、印の欄は記入不要です。
3. 続柄欄には、「長男」「長女」「配偶者の母」等詳しく記入して下さい。
4. 申請書、添付書類に不備や記入漏れがある場合は、認定できない場合がありますのでご注意ください。
5. 必要書類は、OKI健保ホームページを参照して下さい。

事業所所在地		印
事業所名称		
事業主氏名		



被扶養者を有する人の異動		増	減	異動ナシ
* 健保組合 記入欄		増 減		
		直系尊属	配偶者	子 其他
	男			
	女			
	被保険者証			
	データ入力			