

健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長	検算	係

(注意点)

この届は必ず事業主経由で提出してください。健保に直接提出することはできません。(任継を除く)

太枠内は、必ず記入してください。記入もれがあると、受付できません。

続柄は妻、長男、養子等、被保険者から見た続柄を詳しく書いて下さい。

職業は文字にこだわらず高校〇年、大学〇年、パート、年金受給者、自営業など実態がわかるように書いて下さい。

収入月額は、手取り金額ではなく、交通費等を含めた総支給額を書いて下さい。

※マイナンバー記入欄です。事業主で記入します(任継を除く)

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記入日																				
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者等 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者氏名				(フリガナ)	性別											標準報酬月額	
								生年月日												
被保険者 住所	〒						所属											千円		
							日中連絡先	電話番号												
								メールアドレス	@axa.co.jp											
被扶養者の氏名		性別	生年月日	続柄	職業	収入月額	同居 別居	異動年月日	異動理由				※健保記入欄(異動年月日 と同じ場合は、記入省略)							
増 減	(フリガナ)					円							認定・削除年月日							
									※番号欄: 被扶養者記入不要				資格確認書 発行要否 記入不要		<input type="checkbox"/> 発行が必要		認			
増 減	(フリガナ)					円											認			
									※番号欄: 被扶養者記入不要				資格確認書 発行要否 記入不要		<input type="checkbox"/> 発行が必要		削			
増 減	(フリガナ)					円											認			
									※番号欄: 被扶養者記入不要				資格確認書 発行要否 記入不要		<input type="checkbox"/> 発行が必要		削			
増 減	(フリガナ)					円											認			
									※番号欄: 被扶養者記入不要				資格確認書 発行要否 記入不要		<input type="checkbox"/> 発行が必要		削			
別居の被扶養者の 現住所(居所)																				

アクサ生命健康保険組合

事業所名称			
事業所所在地 (郵便番号)			
事業主の氏名			
電話	(局)	番

被扶養者確認