提出先：会社人事担当者（健保直送不可）

標準報酬月額	被扶養者数
千円	

健康保険被扶養者（異動）届

※太枠内は正確に必ずご記入下さい。

社員番号													
被 保 険 者	被保険者証の記号と番号	記号	号	氏名と印		印	生年月日	☐ 昭 ☐ 平	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女
	住所					事業所名及び所属				勤務地			
被 扶 養 者	増減の別	氏名	性別	生年月日	①続柄	②職業	③年間収入見込額	被扶養者現住所	④扶養開始または喪失の理由	⑤扶養開始または喪失の年月日	同居または別居	⑥マイナンバー（増の場合）	
	フリガナ		☐ 男 ☐ 女	年 月 日			円			平成	☐ 同 ☐ 別		
	☐ 増 ☐ 減		☐ 男 ☐ 女	年 月 日			円			平成	年 月 日	☐ 同 ☐ 別	
	フリガナ		☐ 男 ☐ 女	年 月 日			円			平成	年 月 日	☐ 同 ☐ 別	
	☐ 増 ☐ 減		☐ 男 ☐ 女	年 月 日			円			平成	年 月 日	☐ 同 ☐ 別	

被扶養者でない配偶者を有するときにはご記入下さい。	配偶者の年間収入	円	被保険者の年間収入	円
---------------------------	----------	---	-----------	---

（記入上の注意）

- ①の欄……「妻」「長男」「長女」「父母」「妻の父母」「妻の子」等、詳しく記入して下さい。
- ②の欄……「無職」「高校生」「大学生」「専門学校生」「予備校生」「家事手伝い」「パート」「農業」等、その実態がわかるように記入して下さい。
- ③の欄……年金収入、恩給収入、農業収入、失業保険等、全ての収入の合計を記入して下さい。
- ④の欄……「結婚」「出生」「離職」「失業保険受給満了」「就職」「別居」「死亡」等、記入して下さい。
- ⑤の欄……④の理由の発生した日付を記入して下さい。
- ⑥の欄……所属している事業主から、マイナンバー提供方法について指示がある場合には、その方法に従って下さい。

ノバルティス健康保険組合 理事長殿 上記申請について、事実相違ないことを証明します 事業主 住所 氏名 印	決 済 年 月 日			
	常務理事	事務長		係