

入力が済みましたら、2枚プリントアウトのうえ、  
どちらにも押印をお願いします。(サインでも可)

今回、該当する方のみ、記入してください。  
変更のない被扶養者は記入の必要はありません

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												千円
被 保 険 者	被保険者証の記号と番号	記号	8	号	氏名と印	健保 誠		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 50年1月1日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	〒105 - 0001 東京都港区虎ノ門〇丁目〇-〇 ××マンション101			事業所名及び所属	ノバルティスファーマ株式会社 企画管理本部		勤務地	本社			
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)
	<input checked="" type="checkbox"/> 増	ケンボ ヨウコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	昭 53年7月8日	妻	無職	0円	同上	退職	平成 28年10月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	012345678901
	<input checked="" type="checkbox"/> 増	ケンボ アオイ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	昭 28年2月1日	二女	無職	0円	同上	出生	平成 28年2月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	098765432109
	<input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減	ケンボ リク	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭 10年9月10日	長男	会社員	300万	東京都〇〇区〇〇〇-〇-〇	就職	平成 28年4月1日	<input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別	
	<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭 年 月 日						平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
	<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭 年 月 日						平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 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」「長子」ではなく、「長男・二女・三男」等、詳細にご記入ください
  - ②の欄・・・「無職」「高校生」「大学生」「専門学校生」「専業主婦」「専業主夫」「農業者」等、その実態がわかるように記入してください
  - 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」
  - ⑤の欄・・・④の理由の発生した年月日
  - ⑥の欄・・・所属している事業主

「子」ではなく、「長男・二女・三男」等、詳細にご記入ください

どちらかに「レ(チェック)」をお願いします

被扶養者「増」の場合にのみ、マイナンバーをご記入ください。  
  
注意：保険証の記号が、「1」・「8」・「17」・「18」・「19」のノバルティスグループ会社に所属の方は、マイナンバー提供方法が事業主から指定されていますので、この欄には 記入しない で下さい。

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