

提出先: 被保険者→ニチレイビジネスパートナーズ→ニチレイ健康保険組合

ニチレイ健康保険組合 検印欄			
常務理事	事務長	担当	

健康保険資格取得届 兼 被扶養者異動届

提出年月日 平成 年 月 日

この欄は届出をする被保険者本人について記入してください。											
被保険者証 記号・番号 (新規加入者は不要)	記号		番号			(フリガナ) 氏名	男・女	生年月日	昭平 年 月 日		
							⑩				
資格取得年月日	昭和 平成		年 月 日		現住所	〒					
所属会社名					夫婦共働きで、子を扶養者と する場合は夫婦の年間収入	夫:	円	妻:	円		

被保険者記名・捺印欄(新規加入の場合は必須です)

※在職中に給付金が発生した場合、事業主が代理受領し給与と共に支給される事に同意します。

氏名

⑩

この欄は 被扶養者がいる方のみ記入してください。											
増減の別	氏名	性別	生年月日	続柄 ※2を参照願います。	職業 (学年)	年間収入見込 ※3を参照願います。	被保険者と同居・別居	扶養しはじめた日 または 扶養しなくなった日	扶養が変更する理由 (該当に○)	喪失証明書 ※5を参照願います。	認定年月日 (健保記入欄)
増・減	(フリガナ)	男・女	昭平 年 月 日			円	同居・別居	H 年 月 日	取得・出生・結婚・ 離婚・就職・退職 その他()	必要	
増・減	(フリガナ)	男・女	昭平 年 月 日			円	同居・別居	H 年 月 日	取得・出生・結婚・ 離婚・就職・退職 その他()	必要	
増・減	(フリガナ)	男・女	昭平 年 月 日			円	同居・別居	H 年 月 日	取得・出生・結婚・ 離婚・就職・退職 その他()	必要	
増・減	(フリガナ)	男・女	昭平 年 月 日			円	同居・別居	H 年 月 日	取得・出生・結婚・ 離婚・就職・退職 その他()	必要	

事業所所在地	〒									
事業所名称										
事業主氏名	⑩									
電話	()		局		番					

その他注意事項(必ずお読みください)

- ※1 被扶養者(減)の場合はその方の被保険者証を添付してください。
- ※2 扶養認定日は原則として事由発生日となりますが、1ヶ月以内に書類がそろわない場合は決済日となります。(出生除く)
注)続柄には妻・長男・長女・養子・養母等の続柄を記入願います。
- ※3 収入とは、給与収入(通勤交通費・賞与含む)、年金収入(老年・遺族・障害恩給他)、事業収入、不動産収入、傷病手当金、失業給付金、仕送り、養育費、利子収入、他 継続性のある収入のことです。
- ※4 増加(増)と削除(減)は、それぞれ別紙でご提出ください。
- ※5 喪失証明書が必要な方は○を付けてください。(国民健康保険加入に加入等)

受付日付印