

提出順番 本人→事業所担当→健保

◆社内便不可

トップコン健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

- ☆まずはトップコン健康保険組合へご連絡ください。電話03-3966-1244 内線3591
- ①トップコン健康保険組合へ被扶養者の異動状況をご説明ください。
 - ②トップコン健康保険組合より提出書類について説明します。
 - ③提出書類が準備できたら事業所担当へ提出してください。
 - ④被扶養者認定の場合はトップコン健康保険組合の認定決定後、保険証発行になります。

健康保険被扶養者(異動)届

被保険者提出日 年 月 日

被 保 険 者	事業所の名称				被保険者証の 記号と番号						
	氏名	(印)			生年月日	昭・平	年	月 日			
	住所										
	資格を取得した日	昭・平・令 年 月 日									
被 扶 養 者 に つ い て 記 入 し て く だ さ い	増・減	フリガナ氏名			生年月日	昭・平・令	年	月 日	性別	男・女	
	個人番号							←被扶養者増のみ記入			
	被保険者との続柄				職業			被保険者との世帯別	同世帯	別世帯	
	住所	別世帯の方記入願います。									
	扶養(異動)の事由				税法上の扶養家族で	有・無	年間収入	円			
	扶養されるようになった日	平・令	年	月	日	※認定年月日	平・令	年	月	日	
	扶養されなくなった日	平・令	年	月	日	※認定年月日	平・令	年	月	日	
	増・減	フリガナ氏名			生年月日	昭・平・令	年	月 日	性別	男・女	
	個人番号							←被扶養者増のみ記入			
	被保険者との続柄				職業			被保険者との世帯別	同世帯	別世帯	
	住所	別世帯の方記入願います。									
	扶養(異動)の事由				税法上の扶養家族で	有・無	年間収入	円			
扶養されるようになった日	平・令	年	月	日	※認定年月日	平・令	年	月	日		
扶養されなくなった日	平・令	年	月	日	※認定年月日	平・令	年	月	日		

※印欄は記入しないでください

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	(印)

トップコン健康保険組合受付印