

提出順番 本人→事業所担当→健保

◆社内便不可

※山手印
 ☆まずはト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。

トプコン健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

記入例

健康保険被扶養者(異動)届

被保険者提出日 平成 29 年 1 月 1 日

被 保 険 者	事業所の名称		株式会社 トプコン										被保険者証の 記号と番号		1055 1111				
	氏名		健康 太郎					(健 康)		生年月日		昭・平 50 年 1 月 1 日							
	住所		東京都板橋区蓮沼町74-6																
	資格を取 りし た日		昭・平 20 年 1 月 1 日																
被 扶 養 者 に 関 し て 記 入 し て く だ さ い	増・減	フリガナ 氏名	ケンコウ ハナコ 健康 花子					生年月日		昭・平 50 年 2 月 2 日						性別	男・女		
	個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	8	7	6	←被扶養者増のみ記入				
	被保険者 との続柄		妻					職業		無				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		退職ため					税法上の 扶養家族で		有・ 無		年間収入		0 円					
	扶養されるよ うになった日		昭・平 29 年 1 月 1 日					※ 認定年月日		昭・平 年 月 日									
	扶養されな くなった日		昭・平 年 月 日					※ 認定年月日		昭・平 年 月 日									
	増・減	フリガナ 氏名						生年月日		昭・平 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								
扶養されるよ うになった日		昭・平 年 月 日					※ 認定年月日		昭・平 年 月 日										
扶養されな くなった日		昭・平 年 月 日					※ 認定年月日		昭・平 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)

トプコン健康保険組合受付印