

提出先：本人（被保険者）→事業主（HRSSC）

健康保険被扶養者（異動）届

正

従業員番号:

事業主の証明欄

常務理事	適用担当

健康保険被保険者記号	健康保険被保険者番号	被保険者の氏名		生年月日			性別	異動の別	資格取得年月日			標準報酬月額		
1000		(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男1 女2	追加1 ・ 削除2 (変更)	平成 令和	年	月	日	千円
被保険者の住所								備考						

被扶養者の氏名		生年月日		性別	続柄	被扶養者の職業	被扶養者の収入	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者追加理由又は削除理由	同居別居の別	備考				
(氏)	(名)	年	月	日	男1 ・ 女2			年	月	日	年	月	日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)		昭5 平7 令9			才			令和			令和					
(氏)	(名)	年	月	日	男1 ・ 女2			年	月	日	年	月	日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)		昭5 平7 令9			才			令和			令和					
(氏)	(名)	年	月	日	男1 ・ 女2			年	月	日	年	月	日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)		昭5 平7 令9			才			令和			令和					
(氏)	(名)	年	月	日	男1 ・ 女2			年	月	日	年	月	日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)		昭5 平7 令9			才			令和			令和					
					事業主確認欄	事業主が確認した場合に ○で囲んでください。 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の 控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。										

被扶養者認定（抹消）通知書

事業主の証明欄

届出の扶養者について認定（抹消）
しましたので通知します。

令和 年 月 日

ネスレ健康保険組合 理事長

健康保険 被保険者記号	健康保険 被保険者番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日		性別	異 動 の 別	資 格 取 得 年 月 日			標 準 報 酬 月 額	
10000		(氏)	(名)	昭 5	年	男 1	追 加 1	平 成 令 和	年	月	日	千円
				平 7			削 除 2					
				令 9		女 2	(変更)					
被保険者の住所						備 考						

被扶養者の氏名		生年月日		性別	続柄 年令	被扶養者の職業	被扶養者の収入	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者追加理由 又は 削除理由	同居別居の別	備考				
(氏)	(名)	年	月	日	男1 ・			年	月	日	年	月	日		同・別	
(フリガナ)		昭 平 令	5 7 9		女2 才			令 和			令 和					※続柄確認済□
(氏)	(名)	年	月	日	男1 ・			年	月	日	年	月	日		同・別	
(フリガナ)		昭 平 令	5 7 9		女2 才			令 和			令 和					※続柄確認済□
(氏)	(名)	年	月	日	男1 ・			年	月	日	年	月	日		同・別	
(フリガナ)		昭 平 令	5 7 9		女2 才			令 和			令 和					※続柄確認済□
(氏)	(名)	年	月	日	男1 ・			年	月	日	年	月	日		同・別	
(フリガナ)		昭 平 令	5 7 9		女2 才			令 和			令 和					※続柄確認済□

事業主確認欄

事業主が確認した場合に
○で囲んでください。

確認

収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の
控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。