

C / # 03

(経路)所属事業所社会保険担当→愛三工業健康保険組合
令和 年 月 日

常務理事

受付印 健保組合 事業所

健康保険 被扶養者 (異動) 届

社員番号	所属事業所	愛三工業(株) 愛三工業労組 愛協産業(株) ACS(株) 愛三熊本(株) 任意継続
被保険者証記号	所属部署	本社 安城工場 豊田工場 その他
被保険者番号	氏名	フリガナ

印

自宅住所

〒

※ 以下は新たに扶養家族に加える方、扶養を取り消す方をご記入ください。

被扶養者氏名	続柄	生年月日	増減事由発生年月日	住所	健康保険組合記入
フリガナ	昭和	年 月 日	年 月 日	フリガナ	認定取消年月日 年 月 日
	平成	年 月 日	増減事由		増減
	令和	年 月 日	個人番号(※事業主記入)		公費 扶養区分

被扶養者氏名	続柄	生年月日	増減事由発生年月日	住所	健康保険組合記入
フリガナ	昭和	年 月 日	年 月 日	フリガナ	認定取消年月日 年 月 日
	平成	年 月 日	増減事由		増減
	令和	年 月 日	個人番号(※事業主記入)		公費 扶養区分

被扶養者氏名	続柄	生年月日	増減事由発生年月日	住所	健康保険組合記入
フリガナ	昭和	年 月 日	年 月 日	フリガナ	認定取消年月日 年 月 日
	平成	年 月 日	増減事由		増減
	令和	年 月 日	個人番号(※事業主記入)		公費 扶養区分

被扶養者氏名	続柄	生年月日	増減事由発生年月日	住所	健康保険組合記入
フリガナ	昭和	年 月 日	年 月 日	フリガナ	認定取消年月日 年 月 日
	平成	年 月 日	増減事由		増減
	令和	年 月 日	個人番号(※事業主記入)		公費 扶養区分

(記入例) 健保 三郎	三男				令和△△年〇〇月□□日	大府市共和町四丁目28番地の1	公費区分欄	
フリガナ					就職	※事業主が記入します	乳幼児医療助成...3	
ケンホ°	サフ°	ロウ					障害者医療助成...4	
	男	6	0	0	5	0	5	1人親医療助成...6

※ 認定日は、原則として健康保険組合に書類が到着した日になります。ただし、新生児は出生した日です。