

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
平成 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

被 保 険 者	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 番 号	所 属 部 署	本社 安城工場 豊田工場 その他	氏 名 フリカ`ナ
				印
				自宅住所
				〒
				TEL

※ 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。

健康保険組合記入										
被 扶 養 者 氏 名	続柄	生 年 月 日	増減事由発生年月日	住所	増1 認定取消年月日	減2 年 月 日				
		昭和1 平成3 年 月 日	年 月 日							
	性別		増減事由	個人番号(※事業主記入)						
フリカ`ナ					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	増1 認定取消年月日	減2 年 月 日				
		昭和1 平成3 年 月 日	年 月 日							
	性別		増減事由	個人番号(※事業主記入)						
フリカ`ナ					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	増1 認定取消年月日	減2 年 月 日				
		昭和1 平成3 年 月 日	年 月 日							
	性別		増減事由	個人番号(※事業主記入)						
フリカ`ナ					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	増1 認定取消年月日	減2 年 月 日				
		昭和1 平成3 年 月 日	年 月 日							
	性別		増減事由	個人番号(※事業主記入)						
フリカ`ナ					公費			扶養		区分

(記入例) 健 保 三 郎	三男		平成△△年〇〇月□□日	大府市共和町四丁目28番地の1	公費区分欄					
フリカ`ナ					乳幼児医療助成...3					
ケンホ` サフ`ロウ	男	1 6 0 0 5 0 5	就 職	※事業主が記入します	障害者医療助成...4					
					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。