■被保険者の氏名欄に被保険者本人が署名（自署）したときは、押印が省略できます。

健康保険 被扶養者届 被扶養者異動届 ・ 家族療養附加金受領委任届

決定年月日　　年　　月　　日

受付年月日

東武流通健康保険組合

常務理事	事務長			担当者

本届の正当なることを証明いたします。

事業主の名称 住所 代表者氏名及び印 （健康保険に関する事業主代理人）	

令和は「R」を記入して○をつけて下さい。

黒字

被保険者記号番号	資格取得年月日	被保険者氏名	生年月日	住所
101－12345	H △年△月△日	フリガナ トウブ タロウ 東武 太郎 印	S (H) ×年○月△日	〒171-×××× 東京都豊島区西池袋 △－△－△ TEL 03（3988）××××

扶養に入れるときは黒字

扶養から外すときは赤字

被扶養者について記入してください

性別	続柄	被扶養者氏名	生年月日	扶養年月日	扶養・被扶養の理由	※認定年月日	※備考
(男)・女	長男	フリガナ トウブ イチタロウ 東武 一太郎	S H (R) △年 ○月 ×日	R△年 ○月 ×日 非扶養年月日 年 月 日	出生のため	年 月 日 ※非認定年月日 年 月 日	
個人番号				住所（別居の場合は住所を記入）			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				(1)：同居 2：別居 〒 同上 TEL			

性別	続柄	被扶養者氏名	生年月日	扶養年月日	扶養・被扶養の理由	※認定年月日	※備考
男・(女)	妻	フリガナ トウブ ハナコ 東武 花子	S (H) ○年 △月 ×日	年 月 日 非扶養年月日 R○年 ×月 △日	就職のため	年 月 日 ※非認定年月日 年 月 日	
個人番号				住所（別居の場合は住所を記入）			
扶養から外すときは記入しないで下さい				(1)：同居 2：別居 〒 同上 TEL			

性別	続柄	被扶養者氏名	生年月日	扶養年月日	扶養・被扶養の理由	※認定年月日	※備考
男・女		フリガナ	S H 年 月 日	年 月 日 非扶養年月日 年 月 日		年 月 日 ※非認定年月日 年 月 日	
個人番号				住所（別居の場合は住所を記入）			
				1：同居 2：別居 〒 TEL			

性別	続柄	被扶養者氏名	生年月日	扶養年月日	扶養・被扶養の理由	※認定年月日	※備考
男・女		フリガナ	S H 年 月 日	年 月 日 非扶養年月日 年 月 日		年 月 日 ※非認定年月日 年 月 日	
個人番号				住所（別居の場合は住所を記入）			
				1：同居 2：別居 〒 TEL			

◎記入方法は裏面に書いてあります。太枠欄は記入しないでください。