

健保記入欄	
被保険者標準報酬月額	円
共同扶養	有 ・ 無
喪失後受診	有 ・ 無

常務理事	事務長	係	

健康保険 被扶養者(異動)届

被保険者について

年 月 日 提出

フリガナ氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
住民票住所	〒 -			
保険証の記号・番号	記号:	番号:	Global ID	
メールアドレス			携帯電話番号	- -
所属会社・部署名			資格取得日	昭和 平成 令和

政府の施策（電子申請化等）により外字や環境依存文字（高や崎など）は使用できません。
届け出文字はJIS第1水準・第2水準の文字でご記入をお願いします。

被扶養者について

扶養(異動)区分	開始 ・ 終了	開始 ・ 終了	開始 ・ 終了	開始 ・ 終了
フリガナ				
氏名				
性別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
続柄	※ 長男・二女・妻・内縁の妻・実母・養女など、詳しい続柄を記入してください。（※「子」では手続きできません。）			
職業または学年				
同居区分	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居
収入の有無と種類	※ 給与・年金・不動産収入など、具体的に記入してください。			
	有 () 無	有 () 無	有 () 無	有 () 無
月平均収入額	円	円	円	円
扶養開始日 または 扶養終了日	※ 扶養終了日は、死亡の場合は死亡日の翌日を、就職の場合は入社日（他健保での資格取得日）を記入してください。			
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
扶養開始 または 扶養終了の理由	※ 入社・出生・婚姻・離職・養子縁組・就職・死亡・任意継続など、具体的に記入してください。			

1. 被扶養者に異動(増減)が生じたときは、5日以内に届出してください。

社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出してください。

《郵送先》

〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階
社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛て

※任意継続の方は直接《AIG健康保険組合》へ提出してください。

受付印

2. 添付書類

扶養開始時:マイナンバー・続柄・世帯全員記載の住民票(交付日より3か月以内)は必須。

その他、当組合ホームページ掲載の「健康保険 扶養認定提出書類一覧表」に記載の必要書類を添付してください。

扶養終了時:当組合の保険証、新しく取得した保険証のコピー(他健保加入の場合)、高齢受給者証(交付されている場合)

※手続の詳細につきましては、当組合ホームページ(<http://www.aigkenpo.or.jp/>)をご確認ください。