健 康 保 険 扶 養 異 動 願

扶増

事業所名

被保険者氏名

下記の者を　 **年　　月　　日付**にて、扶養家族として申請します。

**フリガナ**

**氏名**

**生年月日**　　 昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日

**性別**　　　男　・　女　　　　**続柄**(　　　　　)例：長女など

**収入** 　　無　・　有　　　収入の種類 （　　　　　）例：パート、年金など

月額 （ 円）※総収入を記入

　　　　 収入基準 　　　 60歳未満 →年間130万円未満

　　　　　　　　　 　　　 　　　 60歳以上又は障害者 →年間180万円未満

 　　　 失業給付・出産手当金・傷病手当金も収入に含まれます。

**住所**　　　被保険者と　(　同居　・　別居　)

**【別居の場合のみ下記に住所を記入】**

住所　〒　　　─

1ヵ月仕送り額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

**異動理由**（　出生　・　収入減　・　婚姻　・　離職　・　その他　）

**【その他の場合のみ下記に理由を記入】**

**基礎年金番号（　NO.　　　　　　　─　　　　　　　　　　　　　）**

（↑配偶者を扶養する場合のみ記入）

　　ご不明な点はお問合せください　**TEL：053-465-5391 ／ FAX:053-465-1275**　静岡共済まで