常務理事	事務長	担当者

鹿児島銀行健康保険組合　御中

健康保険被扶養者（異動）届

提出年月日 ： 令和　　年　　月　　日

被保険者証 記号・番号	70	第　　号	被保険者	住　所	
所属	室・部・課・店			氏　名	

今回の扶養異動対象の方	被扶養者の氏名	性別	生年月日 / 個人番号（12桁）	続柄	職業	年間所得見込	同居・別居の別	開始・終了の別	扶養開始または終了の年月日	扶養開始または終了の理由
	(フリガナ)	男 女	昭・平・令　年　月　日			円	同・別	始・終	平・令　年　月　日	
	(フリガナ)	男 女	昭・平・令　年　月　日			円	同・別	始・終	平・令　年　月　日	
	(フリガナ)	男 女	昭・平・令　年　月　日			円	同・別	始・終	平・令　年　月　日	
	(フリガナ)	男 女	昭・平・令　年　月　日			円	同・別	始・終	平・令　年　月　日	

上記のとおり相違ないものと認めます 株式会社　鹿児島銀行 所属長氏名	事業主	株式会社　鹿児島銀行 頭 取　　郡山　明久

【注意事項】
① 続柄は妻、長男、養子、孫、実父、養母、妻の実父、実父の姉、妹、弟など詳しく記入してください。
② 職業は文字にこだわらず○○小○年、○○中○年、○○高校○年、○○大学○年、○○内職、利子配当収入、年金収入など実態がわかるよう具体的に記入してください。
③ 扶養開始または終了の理由は、結婚、出生、養子縁組、失業、病気療養、不具廃疾、死亡、離婚など事実を具体的に記入してください。
④ 氏名は、戸籍どおりに記入してください。
⑤ 必ず個人番号も記載ください。　（ただし、資格喪失の場合には不要、出産時に個人番号不明の場合には未記入で提出して後日番号を連絡ください）