

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長		担当

被保険者証の 記号番号		被保険者 氏名と印	フリガナ				⑩	生年月日			性別	異動の別	資格取得年月日		
社員・職員 コード			昭和	年	月	日		男	追加	平成	年	月	日		
被保険者 住 所	〒						電話	()			標準報酬 月 額	千円			

被 扶 養 者 の 氏 名	生 年 月 日	性別	続柄 例:長男・長女	職 業	被扶養者になった日 (追加の場合)			被扶養者でなくなった日 (削除の場合)			理 由	世帯	備 考					
				年間収入	平成	年	月	日	平成	年				月	日			
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男		平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日		同居 別居	
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男		平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日		同居 別居	
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男		平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日		同居 別居	
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男		平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日		同居 別居	
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男		平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日		同居 別居	

事業主 の 確 認	事務所所在地	⑩
	事務所名称	
	事業主氏名	
	電 話	

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は省略可能です。
被保険者本人の署名以外の場合は、押印を省略することはできません。

◎被扶養者の削除申請を行う場合は、現在交付している被保険者証を添付してください。

令和 年 月 日提出
受付日付印