

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長		担当

この欄は、届出をする被保険者本人について記入してください。

被保険者証	記号	被保険者氏名と印	フリガナ	印	生年月日				性別	資格取得年月日			
	番号				昭和	年	月	日	男	平成	年	月	日
被保険者住所	〒				電話	()				標準報酬額	千円		

この欄は、増減する被扶養者について記入してください。

増加又は減少の別 ※どちらかに○	(フリガナ) 氏名		性別	続柄 ※長男・長女等具体的に	職業	収入	被保険者と同居・別居	扶養されるようになった日 (増加の場合)	扶養されなくなった日 (減少の場合) ※死亡の場合は死亡日の翌日	理由		備考				
	生年月日	生年月日								増加	減少					
増減	フリガナ		男女	住所 ※別居の場合	〒	同居・別居	平成 年 月 日	平成 年 月 日	加入と同時 出産 婚姻 収入 退その	加入と同時 産 婚姻 減 職 他	就 収 死 後 期 高 齢 者 の 他	職 増 亡 者 の 他				
	明・大昭・平 年 月 日生												個人番号(マイナンバー)		※12桁	
	フリガナ												個人番号(マイナンバー)		※12桁	
増減	フリガナ		男女	住所 ※別居の場合	〒	同居・別居	平成 年 月 日	平成 年 月 日	加入と同時 出産 婚姻 収入 退その	加入と同時 産 婚姻 減 職 他	就 収 死 後 期 高 齢 者 の 他	職 増 亡 者 の 他				
	明・大昭・平 年 月 日生												個人番号(マイナンバー)		※12桁	
	フリガナ												個人番号(マイナンバー)		※12桁	
増減	フリガナ		男女	住所 ※別居の場合	〒	同居・別居	平成 年 月 日	平成 年 月 日	加入と同時 出産 婚姻 収入 退その	加入と同時 産 婚姻 減 職 他	就 収 死 後 期 高 齢 者 の 他	職 増 亡 者 の 他				
	明・大昭・平 年 月 日生												個人番号(マイナンバー)		※12桁	
	フリガナ												個人番号(マイナンバー)		※12桁	
増減	フリガナ		男女	住所 ※別居の場合	〒	同居・別居	平成 年 月 日	平成 年 月 日	加入と同時 出産 婚姻 収入 退その	加入と同時 産 婚姻 減 職 他	就 収 死 後 期 高 齢 者 の 他	職 増 亡 者 の 他				
	明・大昭・平 年 月 日生												個人番号(マイナンバー)		※12桁	
	フリガナ												個人番号(マイナンバー)		※12桁	

事業主の確認	事務所所在地	〒
	事務所名称	
	事業主氏名	印
	電話	

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

受付日付印