

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	1-9999	被保険者氏名と印	ケンポ タロウ		生年月日	性別	異動の別	資格取得年月日			
社員・職員コード	999999	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">※保険証の記号・番号を記入</div> 健保 太郎			昭和・平成	年 月 日	男・女	追加・削除	平成	年 月 日	
被保険者住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇マンション405号室			電話	03 (1234) 5678			標準報酬月額	千円		

※標準報酬月額の記載は不要です

被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業	収入	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
ケンポ 健保	ハナコ 花子	昭和 平成	年 月 日	男・女	妻	無職 なし	平成 〇〇 1 2 2 5	平成	婚姻のため	同居・別居	
		昭和・平成	年 月 日	男・女			平成	平成		同居・別居	
		昭和・平成	年 月 日	男・女			平成	平成		同居・別居	
		昭和・平成	年 月 日	男・女			平成	平成		同居・別居	
		昭和・平成	年 月 日	男・女			平成	平成		同居・別居	

事業主の確認

事務所所在地

事務所名称

事業主氏名

電話

※事業主の証明が必要です

◎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不要です。
被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

平成 〇 年 〇 月 〇 日提出

受付日付印