

# 健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長		担当

※保険証の記号・番号を記入

被保険者証の記号番号	1-9999	被保険者氏名	ケンボ 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		健保 太郎				昭和	年	月	日	男	追加	平成	年	月	日			
被保険者住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 〇〇マンション456号室				電話	0 3 ( 1234 ) 5678				女	削除	令和	〇	〇	1	0	0	1	千円
標準報酬月額																			※記入不要

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				
ケンボ (氏)	ハナコ (名)	昭和 平成 令和	〇	〇	1	0	0	1	女	妻	無	無	平 令	〇	〇	1	0	0	1	婚姻のため	同居 別居
ケンボ (氏)	(名)	昭和 平成 令和							男				平 令								同居 別居
ケンボ (氏)	(名)	昭和 平成 令和							男				平 令								同居 別居
ケンボ (氏)	(名)	昭和 平成 令和							男・女				平 令								同居 別居
ケンボ (氏)	(名)	昭和 平成 令和							男・女				平 令								同居 別居

「子」の場合  
長男・二男・・・  
長女・二女・・・  
とご記入ください

事業主の確認	事務所所在地	※事業主証明が必要です
	事務所名称	
	事業主氏名	
	電	
	話	

令和 年 月 日提出

受付日付印