

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長		担当

※保険証の記号と番号

被保険者証の記号番号	1-9999	被保険者氏名と印	フリガナ	けんぼ たろう	健康	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		健康 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△△町1-2-3 〇〇マンション456号室				電話	03 (1234) 5678				標準報酬月額					

※標準報酬月額の記入は不要

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	
フリガナ (氏)	ケンボ ハナコ 健康 花子	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	妻	無	平 令	年	月	日	平 令	年	月	日	婚姻のため	同居 別居
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			平 令	年	月	日	平 令	年	月	日		同居 別居
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			平 令	年	月	日	平 令	年	月	日		同居 別居
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			平 令	年	月	日	平 令	年	月	日		同居 別居
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			平 令	年	月	日	平 令	年	月	日		同居 別居

事業主の 確認	事務所所在地	※事業主の証明が必要です
	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。

令和 年 月 日提出

受付日付印