

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	フリガナ 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 平成	年	月	日	男 女	追加 削除	平成 令和	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				標準報酬月額	千円			

※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	
フリガナ ケンボ (氏) 健保	ハナコ (名) 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			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			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

「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