

正

健康保険被扶養者(異動)届

決裁日	常務理事	事務長	課長	係長	係員
付印					

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 健康保険被保険者証 記号 番号		⑦ 被保険者の氏名				⑧ 生年月日 昭1 年 月 日 平2 令3		⑨ 性別 男1 女2	⑩ 異動区分 新・規 1 追・加 2 削・除 3 75歳到達 4 障害認定 5	⑪ 資格取得年月日 昭和1 年 月 日 平成2 令和3		
	⑫ 被保険者の住所			⑬ この届を出す際のあなたの月収				⑭ あなた以外の方の月収合計		⑮ この届が受理された後の被扶養者数			
被 保 険 者 の 氏 名	⑯ 被扶養者の氏名		⑰ 生年月日		⑱ 性別	⑲ 続柄	⑳ 被扶養者になった日	㉑ 被扶養者から除かれた日	㉒ 職業	㉓ 世帯別	㉔ 届出理由(別居のときは住所)		
	㉕ 個人番号(マイナンバー)		昭1 平成 平2 年 月 日		男1 女2		年 月 日	年 月 日	㉖ 月平均収入額	㉗ 被保険者回収区分	添付	返不能	滅失
被 保 険 者 の 氏 名	㉘ (フリガナ)		昭1 平成 平2 年 月 日		男1 女2		年 月 日	年 月 日	㉙ 円	㉚ 同・別	添付	返不能	滅失
	㉘ (氏) (名)		昭1 平成 平2 年 月 日		男1 女2		年 月 日	年 月 日	㉙ 円	㉚ 同・別	添付	返不能	滅失
被 保 険 者 の 氏 名	㉘ (フリガナ)		昭1 平成 平2 年 月 日		男1 女2		年 月 日	年 月 日	㉙ 円	㉚ 同・別	添付	返不能	滅失
	㉘ (氏) (名)		昭1 平成 平2 年 月 日		男1 女2		年 月 日	年 月 日	㉙ 円	㉚ 同・別	添付	返不能	滅失
被 保 険 者 の 氏 名	㉘ (フリガナ)		昭1 平成 平2 年 月 日		男1 女2		年 月 日	年 月 日	㉙ 円	㉚ 同・別	添付	返不能	滅失
	㉘ (氏) (名)		昭1 平成 平2 年 月 日		男1 女2		年 月 日	年 月 日	㉙ 円	㉚ 同・別	添付	返不能	滅失

事業主の証明	うえの届のとおり扶養していることを証明します。		社会保険労務士の提出代行者印		受付日付印
	事業所所在地			㉛	
	事業所名称			令和 年 月 日提出	
事業主氏名			㉜		