

# 健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	審査	係

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	5.昭和	年	月	日	備考
	氏名 (フリガナ)	(氏)	取得年月日	5.昭和	年	月	日	収入(年収)
	住所	〒 -						

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -	備考		
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -	備考		
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -	備考		
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -	備考		
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電話番号	( )

平成 年 月 日 提出 受付年月日

社会保険労務士の代行者印	
	Ⓜ