

# 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	〇〇〇	被保険者証の 番号	〇〇〇〇	生年月日	5.昭和 7.平成									備考	
	(フリガナ) 氏名	ケンポ	(氏) 氏名	タロウ	取得 年月日	5.昭和 7.平成									収入 (年収)	〇〇〇万 円
		健保		太郎	住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1										

被扶養者欄	(フリガナ) 氏名	ケンポ	(名) 氏名	アイコ	生年月日	5.昭和 7.平成									性別	1.男 2.女			
		健保		愛子	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇													
	続柄	妻	職業	主婦	収入 (年収)	0	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -									
被扶養者 になった 日	7.平成															理由	退職		

被扶養者欄	(フリガナ) 氏名		(名) 氏名		生年月日	5.昭和 7.平成									性別	1.男 2.女			
					個人番号														
	続柄		職業		収入 (年収)		円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -									
被扶養者 になった 日	7.平成															理由			

被扶養者欄	(フリガナ) 氏名		(名) 氏名		生年月日	5.昭和 7.平成									性別	1.男 2.女			
					個人番号														
	続柄		職業		収入 (年収)		円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -									
被扶養者 になった 日	7.平成															理由			

被扶養者欄	(フリガナ) 氏名		(名) 氏名		生年月日	5.昭和 7.平成									性別	1.男 2.女			
					個人番号														
	続柄		職業		収入 (年収)		円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -									
被扶養者 になった 日	7.平成															理由			

事業所 所在地	〒 -	
事業所 名称		
事業主 氏名	Ⓜ	
電話番 号	( )	

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出 受付年月日

社会保険労務士の代行者印	
	Ⓜ