

健康保険 被扶養者異動届 (増加・削除 ※) ※いずれかを囲んでください

常務理事	事務長		担当

※太枠内のみご記入ください

被保険者証の記号 〇〇〇〇	被保険者証の番号 〇〇〇〇	被 保 険 者 の 氏 名 (氏) 健 保 (名) 太 郎 (健 保)		生 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 6 0 0 7 3 1	性別 男 女	資格取得年月日 平成 年 月 日	
被保険者住所 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1	電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		配偶者の有無 有 無	年間収入 約 円		標準報酬月額	千円

被扶養者の氏名	生 年 月 日	性別	続柄	職業 又は 学年	月平均収入額 (削除の場合 不要)	同居・別居の区分		扶養をし始めた日 またはしなくなった日		理 由	雇用保険受給の有無 (削除の場合不要)
						別居被扶養者の住所		年 月 日	年 月 日		有・無・申請中
ケンボ (氏) 健保	ハナコ (名) 花子	昭和 平成 6 1 0 8 3 1	妻	無職	0 円	同居・別居 同居		平成 2 7 1 0 0 1	結婚のため	有・無・申請中	
カガナ (氏)	(名)	昭和 平成			円	同居・別居		平成		有・無・申請中	
カガナ (氏)	(名)	昭和 平成			円	同居・別居		平成		有・無・申請中	
カガナ (氏)	(名)	昭和 平成			円	同居・別居		平成		有・無・申請中	
カガナ (氏)	(名)	昭和 平成			円	同居・別居		平成		有・無・申請中	

事業主の 確認	事業所所在地	(印)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

◎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。
※削除の場合は削除する方の被保険者証を添付してください。

平成 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行印	
	(印)