

健康保険 被扶養者異動届 (増加)

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	被保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日			性別	資格取得年月日				
		(氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	平成	年	月	日
被保険者 住 所	〒 -			電話番号 ()			配偶者の有無	有 年間収入 約 円		標準報酬 月 額 千円		
							無					

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	同居・別居の区分		扶養をし始めた日			理由	雇用保険受給の 有無		
	個 人 番 号							別居被扶養者の住所		年	月	日		有・無・申請中	受給開始年月日	
㊦㊧㊨ (氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	円	同居・別居	円	平成	年	月	日	①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他()	有・無・申請中	年 月 日
㊦㊧㊨ (氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	円	同居・別居	円	平成	年	月	日	①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他()	有・無・申請中	年 月 日
㊦㊧㊨ (氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	円	同居・別居	円	平成	年	月	日	①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他()	有・無・申請中	年 月 日
㊦㊧㊨ (氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	円	同居・別居	円	平成	年	月	日	①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他()	有・無・申請中	年 月 日

事業主 の 確 認	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	(印)
	電話番号	

平成 年 月 日提出

◎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。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行印	
	(印)