

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 〇〇〇〇	被保険者証の番号 〇〇〇〇	被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名)		生 年 月 日 昭和 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 フリガナ (氏名)	生 年 月 日 個 人 番 号	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
						別居被扶養者の住所				有・無・申請中
ケンボ (氏名) 花子	昭和 平成 6 1 0 8 3 1 個人番号 123456789012	男・女	妻	無職	0 円	同居	別居	平成 2 7 1 0 0 1	①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他	有・無・申請中
	昭和・平成	男・女			円	同居	別居	平成	①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他	有・無・申請中
	昭和・平成	男・女			円	同居	別居	平成	①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他	有・無・申請中
	昭和・平成	男・女			円	同居	別居	平成	①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他	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。

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)