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

Insurance Card Code/Number

Name of Insured parson

Date of birth

Gender
男:Male
女:female

番号		険　者　の　氏　名			年月日	性別
○○○○	○○○○	(氏) Kenpo	(名) Taro	昭・平・令 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		男・女

Address of insured person

Phone

Married
有:Yes / 無:Nob

Spouse's annual income

〒 ○○○ － ○○○○ Tamagawa Setagaya-ku Tokyo 1-1-1 電話番号 ○○ (○○○○) ○○○○	有・無	配偶者年収　約 0 円	千円

Relationship

Monthly Income

Job

Date of birth

Starting date of insurance

Name of family member

Individual Number "My Number"

Gender

同居:Living together
別居:Separately

Applicable reason
①Began employment
②Married
③Born
④Come to Japan
⑤Left employment
⑥Other

Unemployment Insurance
有:Yes
無:No
申請中:Waiting

被扶養者の氏名		生年月日	続柄	職業	学年	月収	同居・別居の区分 / 別居被扶養者の住所	年月日	理由	雇用保険受給の有無 / 受給開始年月日
フリガナ ケンポ (氏) Kenpo	(名) Hanako	昭和 平成 令和 ○○○○○○ 日 個人番号 123456789012	男・女	First daughter	not working	0 円	同居・別居 〒	令和 ○○○○○○ 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
	(名)	日 個人番号	男・女			円	〒	令和 年 日		
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日 個人番号	男・女			円	同居・別居 〒	令和 年 日	)	有・無・申請中 年 月 日
フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日 個人番号	男・女			円	同居・別居 〒	令和 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 電話番号

令和　○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

社会保険労務士等提出代行者

楽天健康保険組合 殿