

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・平・令	年	月	日	男・女	平成 令和	年	月	日
被保険者 住 所	〒 -				個人番号 (12桁)	配偶者の 有無				有 配偶者年収 約 円				
	電話番号 ()				無				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 是 学 年	月 平 均 収 入 額	同 居 ・ 別 居 の 区 分		扶 養 を し 始 め た 日			扶 養 追 加 理 由		雇 用 保 険 受 給 有 無	
	個 人 番 号							別 居 被 扶 養 者 の 住 所		扶 養 を し 始 め た 日			資 格 確 認 書 発 行 要 否		受 給 開 始 年 月 日	
(フリガナ) (氏名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		円	同居・別居	円	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	
	個人番号 (12桁)													<input type="checkbox"/> 発行が必要	年 月 日	
(フリガナ) (氏名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		円	同居・別居	円	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	
	個人番号 (12桁)													<input type="checkbox"/> 発行が必要	年 月 日	
(フリガナ) (氏名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		円	同居・別居	円	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	
	個人番号 (12桁)													<input type="checkbox"/> 発行が必要	年 月 日	
(フリガナ) (氏名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		円	同居・別居	円	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	
	個人番号 (12桁)													<input type="checkbox"/> 発行が必要	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

※ 修正がある場合は二重線を引き正しい情報を記載したうえ、
情報改ざんを防ぐために押印してください。

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士等提出代行者