

# 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	被保険者証の番号 〇〇〇〇	被保険者の氏名 (氏名) <b>健保 太郎</b>	生年月日 昭・平・令 年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	性別 男 女 男	資格取得年月日 平成 令和
被保険者住所 〒 000 - 0000 東京都〇〇区〇〇1-1-1	電話番号 000 ( 0000 ) 0000	配偶者の有無 有	配偶者年収 約 0 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	同居・別居の区分		扶養を始めた日			扶養追加理由		雇用保険受給の有無			
	個人番号							別居被扶養者の住所		令和			資格確認書発行要否		受給開始年月日			
(フリガナ) ケンボ ハナコ (氏名) <b>健保 花子</b>	昭和 平成 令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	同居	別居	令和	0	6	0	4	0	1	①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他( ) <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	有・無・申請中 年 月 日
(フリガナ) (氏名)	昭和 平成 令和							同居	別居	令和							①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他( ) <input type="checkbox"/> 発行が必要	有・無・申請中 年 月 日
(フリガナ) (氏名)	昭和 平成 令和							同居	別居	令和							①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他( ) <input type="checkbox"/> 発行が必要	有・無・申請中 年 月 日
(フリガナ) (氏名)	昭和 平成 令和							同居	別居	令和							①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他( ) <input type="checkbox"/> 発行が必要	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

※ 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