

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) 健保 (名) 太郎		生 年 月 日 昭 平 年 月 日 令 〇 〇 〇 〇 〇	性別 男 女	資格取得年月日 平成 年 月 日 令和	
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	配偶者年収 約 円	標準報酬月額 千円			

被扶養者の氏名	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) 健保	ハナコ (名) 花子 昭和 年 月 日 平成 〇 〇 〇 〇 〇 〇 個人番号 123456789012	女	妻	無職	0 円	同居 ・別居	令和 〇 〇 〇 〇 〇 〇	①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤ 退職 ⑥その他()	有・無・申請中
						同居・別居		①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他()	有・無・申請中
						同居・別居		①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他()	有・無・申請中
						同居・別居		①入社 ②結婚 ③出生 ④来日 ⑤退職 ⑥その他()	有・無・申請中

※マイナンバーをご記入ください。

お子様の場合は、「長男」「二男」など詳細をご記入ください

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	

令和 〇年 〇月 〇日提出

◎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)