

正

# 健康保険被扶養者（異動）届

資格確認書の発行が必要な場合は、「健康保険 資格確認書 交付申請書」を添付してください。

常務	事務長	課長	担当者

被保険者欄	被保険者等の記号・番号		被保険者の氏名		生年月日		性別	異動の別	所属店舗	資格取得年月日		標準報酬月額		
	記号	番号	フリガナ		年	月	日	男 増 女 削除		年	月	日	千円	
	〒									〒				
		TEL								TEL				
申請をする被扶養者欄	被扶養者の氏名		生年月日		性別	被扶養者について		被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	申請理由	同居 別居の別	資格確認書 発行要否	備考	
	フリガナ		年 月 日		男	続柄	収入 (年収)	円	年 月 日	年 月 日	出生・就職・その他 ・離職・離別 ・結婚・死亡	同居 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	フリガナ		年 月 日		女	個人番号								
	フリガナ		年 月 日		男	続柄	収入 (年収)	円	年 月 日	年 月 日	出生・就職・その他 ・離職・離別 ・結婚・死亡	同居 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	フリガナ		年 月 日		女	個人番号								
	フリガナ		年 月 日		男	続柄	収入 (年収)	円	年 月 日	年 月 日	出生・就職・その他 ・離職・離別 ・結婚・死亡	同居 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
フリガナ		年 月 日		女	個人番号									

事業所連絡先	TEL	担当
--------	-----	----

年 月 日提出

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

事業所所在地	〒	
事業所名称		
事業主氏名		
電話	(      局 )	番

記入上の注意	◎ 収入がある場合は、予想年収を記入してください。
	◎ 申請の理由は該当するものに○をしてください。
◎ 資格確認書の発行が必要な場合は「 <input type="checkbox"/> 発行が必要」にチェックを入れてください。（要申請書）	
◎ 扶養に入れる（増）の場合は個人番号を必ずご記入ください。	

社会保険 労務士 提出代行者	
----------------------	--

受付印