

決 裁	常務理事	事務長		係

健康保険被扶養者異動届

記号		番号		被保険者氏名
被保険者住所	〒 ー			標準報酬月額
				千円

今回申請する被扶養者について記入してください ※増と減を1枚に記入することはできません

増	氏名	フリガナ.....	性別	生年月日	続柄	同居別居	収入の有無
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		同居 別居	有・無
減	異動日	令和 年 月 日	異動の理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職 5. 死亡 6. 就職 7. その他()			
	個人番号		備考欄	※続柄確認済み <input type="checkbox"/>			
増	氏名	フリガナ.....	性別	生年月日	続柄	同居別居	収入の有無
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		同居 別居	有・無
減	異動日	令和 年 月 日	異動の理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職 5. 死亡 6. 就職 7. その他()			
	個人番号		備考欄	※続柄確認済み <input type="checkbox"/>			
増	氏名	フリガナ.....	性別	生年月日	続柄	同居別居	収入の有無
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		同居 別居	有・無
減	異動日	令和 年 月 日	異動の理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職 5. 死亡 6. 就職 7. その他()			
	個人番号		備考欄	※続柄確認済み <input type="checkbox"/>			
増	氏名	フリガナ.....	性別	生年月日	続柄	同居別居	収入の有無
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		同居 別居	有・無
減	異動日	令和 年 月 日	異動の理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職 5. 死亡 6. 就職 7. その他()			
	個人番号		備考欄	※続柄確認済み <input type="checkbox"/>			

※事業主が公的書類により続柄を確認した場合は備考欄「続柄確認済み」の□に✓を入れてください。

上記のとおり相違ないことを確認し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
--

受 付 印
