

被扶養者(異動)届



常務理事 事務局長 処理者

健康保険被保険者証 配偶者 ※標準報酬 被保険者の氏名 資格取得年月日 記号 番 号 生 年 月 日 性別 の有無 額 囙 (氏) (名) 1 有 男 1 欄 年 月 目 年 日 平成 昭.5 は 1234 9999 健保 太郎 記 平.7 4 7 0 5 0 1 1 1 0 0 1 令和 2 無 女 2 入 123 4567 1234 5678 TEL 03 (被扶養者でない な 配偶者の ※認定済 被保険者の住所 配偶者を有するとき い 年間収入 四 被扶養者数 東京都中央区日本橋大伝馬町〇-〇-〇 に記入してください。 フリガナ 生 年 月 日 職業 被保険者 被保険 扶養しはじめた日 ※認定年月日 さ 性 扶養することになった理由 考 者 E 0. 別 又は扶養しなくなった理由 年収 被扶養者の氏名 個人番号 続 世帯別 扶養しなくなった日 ※削除年月日 * 増の理由・出生・結婚・離職 ケンポ コタロウ 昭亚 男 令 2 年 3 月 2 年 3 月 4 日 同世帯 減の理由…就職・離婚・国保加入・死亡 0 手馬 その他の理由 別世帯 氏 名 小太郎 女 年 月 ∄ ※ 増の理由…出生・結婚・離職 男 年 月 年 月 同世帯 亚 減の理由…就職・離婚・国保加入・死亡 その他の理由 名 別世帯 年 月 日 女 ∃ 💥 増の理由…出生・結婚・離職 男 令 年 月 年 月 H 同世帯 亚. 減の理由…就職・離婚・国保加入・死亡 その他の理由 氏 名 別世帯 女 年 月 ∄ |Ж 増の理由…出生・結婚・離職 男 年 令 月 年 H 月 同世帯 亚 減の理由…就職・離婚・国保加入・死亡 その他の理由 氏 名 別世帯

上記のとおり相	違(のない	ことを証明	します。	令和	年	月	目
事業所所在地	Ŧ	123	- 4567	東京	都中央区日	本橋大信	5馬町△-	Δ-Δ

株式会社 OOO

女

事業所名称 事業主氏名

電 話 03 (1234 局) 5678

1.被保険者との続柄は「長男・父・義父・弟」等詳しく記入してください。

年

月

日

- 2.個人番号を必ず記入してください。
- 3.満16歳(高校生)以上の方は添付書類が必要です。
- 4.申請書、添付書類に不備や記入漏れがある場合は、認定できない場 合がありますのでご注意ください。
- 5.扶養から除く場合は、その方の「健康保険被保険者証」等を添えて提 出してください。
- ★被扶養者に異動があったときは、5日以内に事業主を経由して提出し てください。

社会	保険	労 務	士の	提出	代行者	

受付日付印

全日本理美容健康保険組合