

正

被扶養者（異動）届

追加
削除
訂正

Table with columns: 常務理事, 事務局長, 処理者

Main form header with fields: 健康保険被保険者証, 記号, 番号, 被保険者の氏名, 生年月日, 配偶者の有無, 性別, 資格取得年月日, 標準報酬月額

Main form body table with columns: フリガナ, 性別, 生年月日, 被保険者の続柄, 職業, 被保険者の世帯別年収, 扶養ははじめた日, 扶養することになった理由, 扶養しなくなった理由, 備考

※印欄は記入しないでください。

注意事項

- 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。
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。

受付日付印

Form for business information: 上記のとおり相違のないことを証明します。 令和 年 月 日, 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話

Form for agent information: 社会保険労務士の提出代行者