健 康 保 険

被扶養者(異動)届

年　　月　　日提出

事業所記号		

常務理事	事務局長	担当者

受付印

事業所所在地	〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(　　)

社会保険労務士記載欄

氏　名　等

TEL：　　(　　)

被保険者	被保険者証の番号		届出の別	扶養の追加　・　扶養の削除										
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和						性別	男　・　女	標準報酬月額	千円	
	住所	〒　　— TEL：　　(　　)												

被扶養者	氏名				性別	男　・　女	生年月日	昭和 平成 令和						
	続柄		職業		年間収入見込	円	年金受給の有無 [有の場合は年金額を記入してください。]	有　・　無 (　　円)						
	同居別居の別	同居 別居	開始終了の別	開始 終了	事実発生日	令和	理由(結婚、就職等具体的な理由)							
	住所	(被保険者の方と別居の場合のみご記入ください。)　〒　　— TEL：　　(　　)												
	氏名				性別	男　・　女	生年月日	昭和 平成 令和						
	続柄		職業		年間収入見込	円	年金受給の有無 [有の場合は年金額を記入してください。]	有　・　無 (　　円)						
	同居別居の別	同居 別居	開始終了の別	開始 終了	事実発生日	令和	理由(結婚、就職等具体的な理由)							
	住所	(被保険者の方と別居の場合のみご記入ください。)　〒　　— TEL：　　(　　)												
	氏名				性別	男　・　女	生年月日	昭和 平成 令和						
	続柄		職業		年間収入見込	円	年金受給の有無 [有の場合は年金額を記入してください。]	有　・　無 (　　円)						
	同居別居の別	同居 別居	開始終了の別	開始 終了	事実発生日	令和	理由(結婚、就職等具体的な理由)							
	住所	(被保険者の方と別居の場合のみご記入ください。)　〒　　— TEL：　　(　　)												