

被保険者証記号	① 被保険者証番号

健康保険被扶養者 届 異動届

配偶者以外用

(該当する文字 をで囲む)

常務理事	事務長	係	係

(記入上の注意)

ア. 事業所の所在地・名称および事業主の氏名はもれなく記載して下さい。
イ. ※印は記入しないで下さい。

被 保 険 者	氏名と印	フリガナ		性 別	男 1 女 2	生 年 月 日	5. 昭 7. 平	年	月	日	勤 務 場 所	所 在 地					
	住所	〒										名 称					
	現在の勤務場所で資格取得した年月日					昭和・平成						年	月	日	所 属	店 部 (室)	課 支社
	増減 の別	② 被扶養者の氏名 フリガナ 氏 名		③ 性 別	④ 生 年 月 日			⑤ 被保険者 との 続 柄	⑥ 被扶養者の 職業と月平 均収入額			⑦ 被保険者 との 世帯別	⑧ 扶養しはじめ た理由または 扶養しなくな った理由	⑨ 扶養しはじめ た日または扶 養しなくなった日	認定 削除 年月日	⑩ 備 考	
増1 ・ 減2			男 1 女 2	5. 昭 7. 平			年	月	日	円	同 別	平成	年 月 日	平成 ※ 年 月 日			
増1 ・ 減2			男 1 女 2	5. 昭 7. 平			年	月	日	円	同 別	平成	年 月 日	平成 ※ 年 月 日			
増1 ・ 減2			男 1 女 2	5. 昭 7. 平			年	月	日	円	同 別	平成	年 月 日	平成 ※ 年 月 日			
増1 ・ 減2			男 1 女 2	5. 昭 7. 平			年	月	日	円	同 別	平成	年 月 日	平成 ※ 年 月 日			
増1 ・ 減2			男 1 女 2	5. 昭 7. 平			年	月	日	円	同 別	平成	年 月 日	平成 ※ 年 月 日			

所在地 事業所 名称 事業主の氏名	
----------------------------	--

平成 年 月 日提出

受付日付印