

| | |
|---------|-----------|
| 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 9. 令 | 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・令和 | | | | | 年 | 月 | 日 | 所属 | 店 部(室) | 課 支社 | |
| 被 扶 養 者 | 増減の別 | ② 被扶養者の氏名 | 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 | フリガナ 氏名 | 男 1 女 2 | 5. 昭 7. 平 9. 令 | 年 | 月 | 日 | 円 | 別 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 ※ | 年 | 月 | 日 | |
| | 増1・減2 | | 男 1 女 2 | 5. 昭 7. 平 9. 令 | 年 | 月 | 日 | 円 | 別 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 ※ | 年 | 月 | 日 | |
| | 増1・減2 | | 男 1 女 2 | 5. 昭 7. 平 9. 令 | 年 | 月 | 日 | 円 | 別 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 ※ | 年 | 月 | 日 | |
| | 増1・減2 | | 男 1 女 2 | 5. 昭 7. 平 9. 令 | 年 | 月 | 日 | 円 | 別 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 ※ | 年 | 月 | 日 | |
| | 増1・減2 | | 男 1 女 2 | 5. 昭 7. 平 9. 令 | 年 | 月 | 日 | 円 | 別 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 ※ | 年 | 月 | 日 | |

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

令和 年 月 日提出

受付日付印