健康保険 被扶養者(異動)届

伺出年月日	令和	年	月	日
常務理事	事務長			係

記号	番号				枝番	被保険者の氏名		被保険者の生年月日				資格取得年月日				異動種別	報酬月額	
						(氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日			千円

被保険者の住所	
---------	--

被扶養者の氏名		生年月日				性別	続柄	被扶養者になった日				被扶養者から除かれた日				職業/ 月平均収入額	住居	扶養になった または除かれた理由	被扶養者の住所
(氏)	(名)	昭 平 令	年	月	日			昭 平 令	年	月	日	昭 平 令	年	月	日				
						男													
						女													
個人番号							資格確認書発行要否 ※必要な場合はチェックを入れてください。				☐ 発行が必要								

被扶養者の氏名		生年月日				性別	続柄	被扶養者になった日				被扶養者から除かれた日				職業/ 月平均収入額	住居	扶養になった または除かれた理由	被扶養者の住所
(氏)	(名)	昭 平 令	年	月	日			昭 平 令	年	月	日	昭 平 令	年	月	日				
						男													
						女													
個人番号							資格確認書発行要否 ※必要な場合はチェックを入れてください。				☐ 発行が必要								

被扶養者の氏名		生年月日				性別	続柄	被扶養者になった日				被扶養者から除かれた日				職業/ 月平均収入額	住居	扶養になった または除かれた理由	被扶養者の住所
(氏)	(名)	昭 平 令	年	月	日			昭 平 令	年	月	日	昭 平 令	年	月	日				
						男													
						女													
個人番号							資格確認書発行要否 ※必要な場合はチェックを入れてください。				☐ 発行が必要								

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

令和 年 月 日 届出

受付日付印