

常務理事	事務長	担当者	台帳	保険証

健康保険被扶養者(異動)届

被保険者証の記号・番号		氏名	印	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
標準報酬月額	千円			所属部店	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
住所	住民票	〒			行員(社員)番号	行員(社員)番号				
	居所	〒								

被扶養者欄	フリガナ	性別	生年月日	続柄	職業	住所(住民票)	開始・終了の別	扶養開始または終了の年月日	扶養開始または終了の理由
	氏名					個人番号			
		男・女	昭 平 令 年 月 日			〒	始・終	年 月 日	
		男・女	昭 平 令 年 月 日			〒	始・終	年 月 日	
		男・女	昭 平 令 年 月 日			〒	始・終	年 月 日	
		男・女	昭 平 令 年 月 日			〒	始・終	年 月 日	

上記のとおり被扶養者の異動があった事に相違ないことを証明します	
郵便番号	〒 -
事業所所在地	
事業所名	印
事業主名	

令和 年 月 日 届出

受付日付印

- ※ 扶養が終了する場合のみ、健康保険被保険者証を添付してください。
- ※ 終了の理由が就職の場合は、就職先の事業所で交付を受けた健康保険被保険者証の写しを添付してください。
- ※ 被扶養者欄には異動該当者のみ記入してください。
- ※ 続柄欄には妻、内縁の妻、実父、長男、孫、義母、妻の姉、弟等詳しく記入してください。
- ※ 理由欄にはなったあるいはならなくなった理由として結婚、出生、就職、失業、家事手伝、死亡、養子縁組等事実を具体的に記入してください。