

# 健康保険 被扶養者(異動)届

決 裁

日 付 印

|      |     |     |     |     |   |
|------|-----|-----|-----|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部 長 | 課 長 | 係 長 | 係 |
|      |     |     |     |     |   |

※加入の際には個人番号の記載が必須となります。

|               |              |               |     |                                     |        |                   |           |
|---------------|--------------|---------------|-----|-------------------------------------|--------|-------------------|-----------|
| 健康保険被保険者証の記号  | 健康保険被保険者証の番号 | 被 保 険 者 の 氏 名 |     | 生 年 月 日                             | 性別     | 資格取得年月日           | およその年間総収入 |
|               |              | (氏)           | (名) | 昭和・平成・令和<br>年 月 日                   | 男<br>女 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 円         |
| 被 保 険 者 の 住 所 | 〒            |               |     | 被扶養者でない配偶者を有する時に記入して下さい<br>配偶者の年間収入 |        | 備 考               | 円         |

|           | 被 扶 養 者 の 氏 名 |     | 生 年 月 日          |       | 性別     | 続 柄 | 異 動 日       | 職 業<br>年間平均収入 | 被 扶 養 者 住 所 |  | 被 保 険 者 証<br>回 収 区 分 |
|-----------|---------------|-----|------------------|-------|--------|-----|-------------|---------------|-------------|--|----------------------|
|           | (氏)           | (名) | 個人番号(12桁のマイナンバー) |       |        |     |             |               | 異動理由        |  |                      |
| 加入・<br>削除 | (氏)           | (名) | 昭和・平成・令和         | 年 月 日 | 男<br>女 |     | 令和<br>年 月 日 |               |             |  | ※<br>添 付<br>減 失      |
|           | (フリガナ)        |     |                  |       |        |     |             | 円             |             |  |                      |
| 加入・<br>削除 | (氏)           | (名) | 昭和・平成・令和         | 年 月 日 | 男<br>女 |     | 令和<br>年 月 日 |               |             |  | ※<br>添 付<br>減 失      |
|           | (フリガナ)        |     |                  |       |        |     |             | 円             |             |  |                      |
| 加入・<br>削除 | (氏)           | (名) | 昭和・平成・令和         | 年 月 日 | 男<br>女 |     | 令和<br>年 月 日 |               |             |  | ※<br>添 付<br>減 失      |
|           | (フリガナ)        |     |                  |       |        |     |             | 円             |             |  |                      |
| 加入・<br>削除 | (氏)           | (名) | 昭和・平成・令和         | 年 月 日 | 男<br>女 |     | 令和<br>年 月 日 |               |             |  | ※<br>添 付<br>減 失      |
|           | (フリガナ)        |     |                  |       |        |     |             | 円             |             |  |                      |

※印覽は記入しないでください。

|        |          |
|--------|----------|
| 事業所所在地 | 〒        |
| 事業所名称  |          |
| 事業主氏名  |          |
| 電話番号   | ( ) 局) 番 |

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印

|               |
|---------------|
| 社会保険労務士の提出代行者 |
|               |