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。

健康保険被保険者等の記号	健康保険被保険者等の番号	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　年　月　日		昭和・平成・令和　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 配偶者の年間収入 円		備考	

	被扶養者の氏名	生年月日 個人番号(12桁のマイナンバー)	性別	続柄	異動日	職業 年間平均収入	被扶養者住所 異動理由	資格確認書発行要否(※)
加入・削除	(氏)　(名) (フリガナ)	昭和・平成・令和　年　月　日			令和　年　月　日	円		□ 発行が必要
加入・削除	(氏)　(名) (フリガナ)	昭和・平成・令和　年　月　日			令和　年　月　日	円		□ 発行が必要
加入・削除	(氏)　(名) (フリガナ)	昭和・平成・令和　年　月　日			令和　年　月　日	円		□ 発行が必要
加入・削除	(氏)　(名) (フリガナ)	昭和・平成・令和　年　月　日			令和　年　月　日	円		□ 発行が必要

令和　　年　　月　　日　提出

受付日付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(　　局)　　番

資格確認書の発行が必要な場合(※)は「□発行が必要」にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。
・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

社会保険労務士の提出代行者印

東京文具販売健康保険組合