

◎該当する方にチェックを入れてください
◎両方同時に届出の場合はそれぞれ作成ください
◎減の届出には返却保険証を添付してください

被扶養者(異動)届 □増 □減

被保険者欄
被保険者証の記号・番号 111 1234567
氏名 (フリガナ) ケンポ (氏) 健保 (名) タロウ (印) 太郎
生年月日 昭和44年02月04日
住所 東京都港区虎ノ門〇-〇-〇 商船三井虎ノ門社宅101号室
TEL 090-0000-0000

被扶養者欄
氏名 (フリガナ) ケンポ (氏) 健保 (名) ハナコ (氏) 花子
生年月日 昭和49年09月01日
性別 女
理由 妻
住所 同居 被保険者と同じ
職業 無職
収入 / 月 20万
令和02年10月01日

被扶養者欄
氏名 (フリガナ) ケンポ (氏) 健保 (名) トシコ (氏) 年子
生年月日 昭和27年07月09日
性別 女
理由 義母
住所 同居 被保険者と同じ
職業 無職
収入 / 月
令和02年12月11日

被扶養者欄
氏名 (フリガナ) ケンポ (氏) 健保 (名)
生年月日
性別
理由
住所
職業
収入 / 月
令和 年 月 日

※1. 続柄は妻・長男・長女など具体的にご記入ください ※2. 個人番号欄は、会社の健保業務担当者をご記入ください
上記のとおり提出します 令和 年 月 日 [健保受付印]

事業主欄
事業所所在地
事業所名称
事業主名

社会保険労務士の代行者印