

# 健康保険 被扶養者(異動)届

被扶養者の新規・追加申請

被扶養者の削除申請

常務理事	事務長	業務部長	適用グループ

「被保険者」とは「妻」「長男」「実父」「義母」などと記入してください。

健康保険被保険者証		被保険者の氏名				生年月日		性別	資格取得年月日		標準報酬月額
記号	番号					大正 昭和 平成	年 月 日	男 女	平成 年 月 日	千円	
被保険者の住所								備考			

被扶養者の氏名(フリガナ) (申請するご家族名)	性別	生年月日	被保険者との続柄	職業	新規追加または削除の理由とその年月日	認定(削除)年月日 健保使用欄	被保険者と同居・別居の別 (別居しているときはその住所)	
				月平均収入額 (年金収入等も含まれます)			同居 別居	〒
(フリガナ)	男・女	大正昭和平成 年 月 日		円	年 月 日	年 月 日	同居 別居	〒
(フリガナ)	男・女	大正昭和平成 年 月 日		円	年 月 日	年 月 日	同居 別居	〒
(フリガナ)	男・女	大正昭和平成 年 月 日		円	年 月 日	年 月 日	同居 別居	〒
(フリガナ)	男・女	大正昭和平成 年 月 日		円	年 月 日	年 月 日	同居 別居	〒
(フリガナ)	男・女	大正昭和平成 年 月 日		円	年 月 日	年 月 日	同居 別居	〒

事業所所在地	上記のとおり相違ないことを証明します。
事業所名称	〒 -
事業主氏名	
電話	- -

平成 年 月 日 提出

受付日付印