

届出書コード	処理区分	届
2 0 2		

# 健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長		担当者

正

◎「※」印欄は記入しないでください。

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	(ア) 被保険者の氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 昭5 年 月 日 平7	(イ) 性別 男 1 女 2	④ 異動の別 追加 1 削除 2 (変更)	(ウ) 資格取得年月日 昭和・平成 年 月 日	(エ) 標準報酬月額 千円	送信
(オ) 被保険者の住所		(カ) この届を出す際の総合所得月額		円	備考			

⑤ 番号 (被扶養者番号)	⑥ (フリガナ) 被扶養者の氏名 個人番号	⑦ 生年月日	⑧ 性別	⑨ 続柄	⑩ 被扶養者になった日	⑪ 被扶養者から除かれた日	(キ) 職業	(ク) 月平均収入額	(ケ) 被扶養者になった理由 又は除かれた理由
※	(フリガナ) (氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男 1 女 2	※	年 月 日	年 月 日		円	
(コ) 被扶養者の住所					備考				
※	(フリガナ) (氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男 1 女 2	※	年 月 日	年 月 日		円	
(コ) 被扶養者の住所					備考				
※	(フリガナ) (氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男 1 女 2	※	年 月 日	年 月 日		円	
(コ) 被扶養者の住所					備考				
※	(フリガナ) (氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男 1 女 2	※	年 月 日	年 月 日		円	
(コ) 被扶養者の住所					備考				

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	印
電話	( 局 ) 番

平成 年 月 日 提出

受付日付印