

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	⑦ 被保険者の氏名 (氏) 三菱 (名) 太郎 (三)		③ 生年月日 昭5 平7 年 月 日	④ 異動の別 追加1 削除2 (変更)	⑤ 資格取得年月日 昭和 平成 年 月 日	⑥ 標準報酬月額 千円	送信
000	000000000	00県00市00町0-0		(カ) この届を出す際の総合所得月額	男1 女2	昭 平 年 月 日		
⑧ 被保険者の住所				⑨ 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	⑫ 職業	⑬ 月平均収入額	⑭ 被扶養者になった理由 又は除かれた理由
※	(フリガナ) ミツビシ アイコ (氏) 三菱 (名) 愛子	昭5 平7 年 月 日	男1 女2	妻	年 月 日	年 月 日	無職	0 円	結婚
⑮ 被扶養者の住所		同上		備考					
※	(フリガナ) (氏) (名)	昭5 平7 年 月 日	男1 女2		年 月 日	年 月 日		円	
⑮ 被扶養者の住所		備考							
※	(フリガナ) (氏) (名)	昭5 平7 年 月 日	男1 女2		年 月 日	年 月 日		円	
⑮ 被扶養者の住所		備考							
※	(フリガナ) (氏) (名)	昭5 平7 年 月 日	男1 女2		年 月 日	年 月 日		円	
⑮ 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

受付日付印

【注:(エ)・(カ)・⑩・⑪ は記入不要です】