

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当者

※扶養から抜く場合は、個人番号を記載しないで下さい。

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号	被保険者証の 番号	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考	
	住所								

増 ・ 減	被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
		続柄	職業	雇用保険 給付	有・無	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	
		被扶養者 になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和	年	月

増 ・ 減	被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
		続柄	職業	雇用保険 給付	有・無	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	
		被扶養者 になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和	年	月

増 ・ 減	被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
		続柄	職業	雇用保険 給付	有・無	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	
		被扶養者 になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和	年	月

増 ・ 減	被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
		続柄	職業	雇用保険 給付	有・無	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	
		被扶養者 になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和	年	月

事業所 所在地	〒 -
事業所 名称	
事業主 氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日 提出 (受付年月日)

社会保険労務士の代行者印