

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届(追加)

提出年月日	9.令和	0	0	0	2	0	1
-------	------	---	---	---	---	---	---

健保記入欄										
取得年月日	7.平成	9.令和		年		月		日	標準報酬月額	千円

被保険者欄	被保険者等の記号	100		被保険者等の番号	123456		生年月日	5.昭和	7.平成	5	0	1	0	1	1	備考	
	社員番号	〇〇〇〇〇〇〇															
	(フリガナ)氏名	ケンボ				タロウ											
	(氏)氏名	健保				太郎											
							住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 電話番号 〇〇 (△△) ××									

被扶養者欄	(フリガナ)氏名	ケンボ				(名)氏名	ハナコ				生年月日	5.昭和	7.平成	9.令和	0	0	0	7	2	2	性別	1.男	2.女			
	(氏)氏名	健保				(名)氏名	花子				個人番号															
	続柄	長女	職業	無職	収入(年収)	0	万円	住所	1.同居	2.別居	別居の場合 〒															
	被扶養者になった日	9.令和			年		月		日	理由																
資格確認書発行要否										☐	資格確認書の発行を希望します										※住民票の住所をご記入ください					

被扶養者欄	(フリガナ)氏名					(名)氏名					生年月日	5.昭和	7.平成	9.令和							性別	1.男	2.女			
	(氏)氏名					(名)氏名					個人番号															
	続柄		職業		収入(年収)		万円	住所	1.同居	2.別居	別居の場合 〒															
	被扶養者になった日	9.令和			年		月		日	理由																
資格確認書発行要否										☐	資格確認書の発行を希望します										※住民票の住所をご記入ください					

被扶養者欄	(フリガナ)氏名					(名)氏名					生年月日	5.昭和	7.平成	9.令和							性別	1.男	2.女			
	(氏)氏名					(名)氏名					個人番号															
	続柄		職業		収入(年収)		万円	住所	1.同居	2.別居	別居の場合 〒															
	被扶養者になった日	9.令和			年		月		日	理由																
資格確認書発行要否										☐	資格確認書の発行を希望します										※住民票の住所をご記入ください					

※日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。

受付日付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

社会保険労務士の代行者