

健康保険被扶養者(異動)届

正

〔 認定 ・ 抹消 〕
(いずれかを○で囲んでください)

常務理事	事務長	担当	担当

(事業主印をお忘れなく)

事業所の所在地
事業主の氏名

事業所連絡先	電話	番	担当	事業所名

① 健康保険の 記号番号	② 被保険者の 氏名印	年 齢	③ 被保険者の 住 所	④ 被保険者 との続柄	⑤ 被扶養者の氏名	⑥ 生年月日	⑦ 被扶養者の住所	⑧ 被扶養者の収入(月額)	⑨ 扶養又は抹消の 事実発生日	⑩ 扶 養 又 は 抹消の理由	⑪ 認定・抹消(認定印)
-											
		年齢			フリガナ	年 月 日 昭 平 令		年金 円 その他 円 (雇用保険等)	年 月 日 平 令		平成 令和 年 月 日 認定 抹消
		年齢			フリガナ	年 月 日 昭 平 令		年金 円 その他 円 (雇用保険等)	年 月 日 平 令		平成 令和 年 月 日 認定 抹消
		年齢			フリガナ	年 月 日 昭 平 令		年金 円 その他 円 (雇用保険等)	年 月 日 平 令		平成 令和 年 月 日 認定 抹消
		年齢			フリガナ	年 月 日 昭 平 令		年金 円 その他 円 (雇用保険等)	年 月 日 平 令		平成 令和 年 月 日 認定 抹消
		年齢			フリガナ	年 月 日 昭 平 令		年金 円 その他 円 (雇用保険等)	年 月 日 平 令		平成 令和 年 月 日 認定 抹消

