

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

印

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		③ 被保険者の住所		④ 被保険者の続柄		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)	
	—		印					フリガナ	年齢	年 月 日	昭平令			年金 円	円	年 月 日	平令		平成令和	年 月	認定日 抹消
								フリガナ	年齢	年 月 日	昭平令			年金 円	円	年 月 日	平令		平成令和	年 月	認定日 抹消
								フリガナ	年齢	年 月 日	昭平令			年金 円	円	年 月 日	平令		平成令和	年 月	認定日 抹消
								フリガナ	年齢	年 月 日	昭平令			年金 円	円	年 月 日	平令		平成令和	年 月	認定日 抹消
								フリガナ	年齢	年 月 日	昭平令			年金 円	円	年 月 日	平令		平成令和	年 月	認定日 抹消

