

健康保険 被扶養者（異動）届 【増・減】

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者証 記号-番号	—		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	取 得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	報酬 月額	千円
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	住所	〒 —								備考	※扶養対象者の収入額に応じ被保険者の年収をこの欄に記載	

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄	職業	収入 (年収)	円		
	住所	同居 別居	別居の場合 〒	個人番号	理由			開始	・	削除	[証添付] 有・無	[添付できない理由] ()	被扶養者になった日 または削除の日	平成 令和	年	月

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄	職業	収入 (年収)	円		
	住所	同居 別居	別居の場合 〒	個人番号	理由			開始	・	削除	[証添付] 有・無	[添付できない理由] ()	被扶養者になった日 または削除の日	平成 令和	年	月

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄	職業	収入 (年収)	円		
	住所	同居 別居	別居の場合 〒	個人番号	理由			開始	・	削除	[証添付] 有・無	[添付できない理由] ()	被扶養者になった日 または削除の日	平成 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

ご担当者