

常務理事	事務長	係

届出コード		
2	0	2

健康保険 被扶養者(異動)届

① 被保険者証の 記号 番号				② 被保険者の氏名 ⑤				③ 生年月日 昭・平 年 月 日				④ 性別 男・女		⑤ 資格取得年月日 年 月 日				⑥ 標準報酬月額 千円	
⑦ 被保険者の住所				⑧ この届出を提出する前の被扶養者数				名		⑨ 被保険者の事業主からの報酬以外の収入(年額)				円					

以下の欄は追加又は削除となる方について記入してください																			※ 健保記入欄
⑩ 増加・減少の別	⑪ フリガナ 被扶養者の氏名		⑫ 性別 男・女	⑬ 続柄	⑭ 生年月日			⑮ 被扶養者になった日 又は 除かれた日			⑯ 職業 ⑰ 月平均収入額		⑱ 同居・別居の別	⑲ 被扶養者になった理由 又は除かれた理由	⑳ 備考	認定又は 削除年月日			
	(氏)	(名)			昭・平・令	年	月	日	年	月	日	円				円	年	月	日
増・減	(氏)	(名)	男・女		昭・平・令	年	月	日	年	月	日	円	同・別			認定日・削除日	年 月 日		
増・減	(氏)	(名)	男・女		昭・平・令	年	月	日	年	月	日	円	同・別			認定日・削除日	年 月 日		
増・減	(氏)	(名)	男・女		昭・平・令	年	月	日	年	月	日	円	同・別			認定日・削除日	年 月 日		
増・減	(氏)	(名)	男・女		昭・平・令	年	月	日	年	月	日	円	同・別			認定日・削除日	年 月 日		
増・減	(氏)	(名)	男・女		昭・平・令	年	月	日	年	月	日	円	同・別			認定日・削除日	年 月 日		

◎この届書は、被扶養者に異動(増減)を生じたときに、事業主を経由して5日以内に健康保険組合へ提出してください。

事業所所在地	⑤
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

令和 年 月 日 提出

..... 受付日付印