

決 裁

日
付
印

| | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 所 長 | 次 長 | 課 長 | 係 長 | 係 員 |
| | | | | |

健康保険 被扶養者(異動)届

| | | |
|-------|------|----|
| 届書コード | 処理区分 | 届書 |
| 2 0 2 | * | |

| | | | | | | | | |
|----------------|----------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------|----------------------------|------------------|-----|
| ① 健康保険被保険者証の記号 | ② 健康保険被保険者証の番号 | (ア) 被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名) | ③ 生 年 月 日 明1 大3 昭5 平7 年 月 日 | (イ) 性別 男1 女2 | ④ 異 動 の 別 追加1 削除2 (変更) | (ウ) 資格取得年月日 昭和・平成 年 月 日 | (エ) 標準報酬月額 千円 | 送 信 |
| | | | | | | | | |
| (オ) 被保険者の住所 | | | (カ) この届を出す際の総合所得月額 円 | | 備 考 | | | |

| ⑤ 番号 (被扶養者番号) | ⑥ 被 扶 養 者 の 氏 名 (氏) (名) (フリガナ) | ⑦ 生 年 月 日 明1 大3 昭5 平7 年 月 日 | ⑧ 性別 男1 女2 | ⑨ 続 柄 ※ | ⑩ 被扶養者になった日 平成 年 月 日 | ⑪ 被扶養者から除かれた日 平成 年 月 日 | (キ) 職業 | (ク) 被扶養者になった理由又は除かれた理由 | (コ) 被扶養者の住所 | (カ) 証明書整理 | |
|------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------|------------|-------------------------|---------------------------|-----------------|------------------------|-------------|-----------|-----|
| | | | | | | | (ク) 月平均収入額 円 | | | 年度 | 番 号 |
| ※ | (氏) (名) (フリガナ) | 明1 大3 昭5 平7 年 月 日 | 男1 女2 | ※ | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 円 | | | ※ | ※ |
| ※ | (氏) (名) (フリガナ) | 明1 大3 昭5 平7 年 月 日 | 男1 女2 | ※ | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 円 | | | ※ | ※ |
| ※ | (氏) (名) (フリガナ) | 明1 大3 昭5 平7 年 月 日 | 男1 女2 | ※ | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 円 | | | ※ | ※ |
| ※ | (氏) (名) (フリガナ) | 明1 大3 昭5 平7 年 月 日 | 男1 女2 | ※ | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 円 | | | ※ | ※ |
| ※ | (氏) (名) (フリガナ) | 明1 大3 昭5 平7 年 月 日 | 男1 女2 | ※ | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 円 | | | ※ | ※ |

平成 年 月 日 提出

受付日付印

正

◎「※」印欄は記入しないでください。

| | | |
|--------|-------|---|
| 事業所所在地 | 〒 | — |
| 事業所名称 | | |
| 事業主氏名 | Ⓜ | |
| 電 話 | (局) | 番 |

| | |
|-----------------------------|--|
| 社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 印 | |
| Ⓜ | |

送 信