

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	*	

正

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) 三菱 (名) 太郎 (三菱)	③ 生 年 月 日 明1 大3 昭5 平7 年 月 日	(イ) 性別 男1 追加2 (昭和 平成) 女2 削除2 (変更)	④ 異 動 の 別	⑤ 資格取得年月日	⑥ 標準報酬月額	送 信
0 0 0	0 0 0 0 0 0 0		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	千円	
(オ) 被保険者の住所	○○県○○市○○町1-1		(カ) この届を出す際の総合所得月額	円	備考			

◎「※」印欄は記入しないでください。

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	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) 三菱 (名) 愛子 (フリガナ) ミツビシ アイコ	明1 大3 昭5 平7 年 月 日	男1 女2	妻 ※	平成 年 月 日	平成 年 月 日	無職 0	結婚	同上	※ ※ 備考
※	(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			※ ※ 備考
※	(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			※ ※ 備考
※	(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			※ ※ 備考
※	(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			※ ※ 備考

平成 ○○年 ○○月 ○○日 提出

※(エ)・(カ)・⑩・⑪は記入不要です。

受付日付印

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