

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険被扶養者(異動)届

受付年月日

確認欄	この届出については、又は の要件を満たしたものである。 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。
-----	--

提出者記入欄	被保険者記号	
	事業所所在地	〒 東京都港区新橋〇-〇-〇
	事業所名称	株式会社 〇〇デリカ
	事業主氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	- -

社会保険労務士記載欄	
氏名等	東京都中央区銀座〇-〇-〇 〇〇社会保険労務士 〇〇 〇〇

被保険者欄	被保険者番号	135	フリガナ	ケンボ	ヒロシ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	①.男 2.女
	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	住民票住所	〒 埼玉県川越市宮元町〇-〇-〇					

被扶養者欄1	氏名	フリガナ	ケンボ	ケイコ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 ②.女	続柄	妻	例)長男・長女	職業	パート
	個人番号(12桁)	(記載不要)		住所	①.同居 2.別居	〒 埼玉県川越市宮元町〇-〇-〇										
	認定年月日	9.令和	年	月	日	脱退年月日	9.令和	年	月	日	コード	回収区分	理由	RO.O.O 就職したため	備考欄	

被扶養者欄2	氏名	フリガナ		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	続柄		例)長男・長女	職業	
	個人番号(12桁)		住所	1.同居 2.別居	〒 住所										
	認定年月日	9.令和	年	月	日	脱退年月日	9.令和	年	月	日	コード	回収区分	理由		備考欄

被扶養者欄3	氏名	フリガナ		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	続柄		例)長男・長女	職業	
	個人番号(12桁)		住所	1.同居 2.別居	〒 住所										
	認定年月日	9.令和	年	月	日	脱退年月日	9.令和	年	月	日	コード	回収区分	理由		備考欄

- [注意事項] 1. 異動者のみ記入してください。
2. 印欄は記入しないでください。
3. 認定の場合は現況書と各証明書等を添付してください。(添付書類については現況書の裏面をご覧ください。)
4. 脱退の場合は該当する方の健康保険証を添付してください。
5. は同居か別居を選択し、住民票上の住所及び居所(実際に住んでいるところ)の両方を記入してください。
6. 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は裏面の[国内居住要件の例外]の要件番号を確認していただき、該当する番号を備考欄に記入をしてください。

令和 年 月 日 提出