

健康保険被扶養者異動（増加・減少）届

受付印

常務理事	事務長	係	係

事業所名		※必要書類を添えて、事業主窓口へご提出ください ※被扶養者削除の場合のみ、対象者の保険証を添付してください		
被 保 険 者	記号	番号	フリガナ	生年月日
			氏名	S H R 年 月 日
	住所 電話番号	〒	都道 府県	標準報酬月額
			TEL ()	千円

被 扶 養 者 ①	フリガナ		性別	生年月日	続柄
	氏名		男・女	S H R 年 月 日	
	居住	職業・年収	異動理由		異動年月日
	同居 別居	増 減 万円	1.入社 2.出生 3.離職 4.その他 () 1.就職・収入増加 2.死亡 3.その他 ()		S H R 年 月 日

被 扶 養 者 ②	フリガナ		性別	生年月日	続柄
	氏名		男・女	S H R 年 月 日	
	居住	職業・年収	異動理由		異動年月日
	同居 別居	増 減 万円	1.入社 2.出生 3.離職 4.その他 () 1.就職・収入増加 2.死亡 3.その他 ()		S H R 年 月 日

被 扶 養 者 ③	フリガナ		性別	生年月日	続柄
	氏名		男・女	S H R 年 月 日	
	居住	職業・年収	異動理由		異動年月日
	同居 別居	増 減 万円	1.入社 2.出生 3.離職 4.その他 () 1.就職・収入増加 2.死亡 3.その他 ()		S H R 年 月 日

事 業 主 記 入 欄	上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します			
	提出日 年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名称 事業主名			

保険証回収日
年 月 日

健保認定日
年 月 日