健康保険　被扶養者（異動）届（増加）

常務理事	事務長		担　当

被保険者証の記号番号	1 / 2345678	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ タロウ / 健保 太郎	生年月日	性別	資格取得年月日
				昭和(○) 平成 5年 0月 7日 31日	男(○) 女	平成(○) 令和 2年 6月 0日 4日 0日 1日
被保険者住所	〒 ○○○-○○○○ 東京都○○区○○町1-1-1	電話	○○（○○○○）○○○○	標準報酬月額	千円 5 6 0	

異動の別	被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業又は学年	年間予定収入（税込額）	世帯	扶養をし始めた日	個人番号 / 理由・備考
増加	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ / (氏) 健保	ハナコ / (名) 花子	昭和(○) 平成 令和 5年 1月 0日 8月 3日 1日	男 女(○)	妻	無職	0 円	同居(○) 別居	令和 0年 1月 0日 5月 0日 1日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 / 退職
増加	ﾌﾘｶﾞﾅ / (氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女			円	同居 別居	令和 年 月	
増加	ﾌﾘｶﾞﾅ / (氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女			円	同居 別居	令和	
増加	ﾌﾘｶﾞﾅ / (氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女			円	同居 別居	令和 年 月 日	
増加	ﾌﾘｶﾞﾅ / (氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女			円	同居 別居	令和 年 月 日	

続柄は長男、二女など詳しく記入してください

個人番号（マイナンバー）は、記入間違いのないようにご記入ください。

事業主の確認	事務所所在地 / 事務所名称 / 事業主氏名 / 電話

令和 1 年 5 月 1 日提出

社会保険労務士の提出代行記載欄

受付日付印

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合 殿